



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARCIO TEIXEIRA

**COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE EM
UNIVERSITÁRIOS**

Londrina
2014

MARCIO TEIXEIRA

**COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE EM
UNIVERSITÁRIOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação Associado em Educação Física UEL-UEM, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Arli Ramos de Oliveira.

Londrina
2014

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T266c Teixeira, Marcio.
Comportamentos de risco para a saúde em universitários / Marcio Teixeira. – Londrina, 2014.
156 f. : il.

Orientador: Arli Ramos de Oliveira.
Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esporte, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2014.

Inclui bibliografia.

1. Comportamento de risco (Psicologia) – Teses. 2. Estudantes universitários – Conduta – Teses. 3. Avaliação de riscos de saúde – Teses. 4. Lesões corporais – Teses. 5. Educação física – Teses. I. Oliveira, Arli Ramos de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação Física e Esporte. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

CDU 796:61

MARCIO TEIXEIRA

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação Associado em Educação Física UEL-UEM, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Arli Ramos de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Enio Ricardo Vaz Ronque
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Helio Serassuelo Junior
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes
Universidade Norte do Paraná – UNOPAR

Prof. Dr. Hugo Tourinho Filho
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 4 de abril de 2014.

Dedicatória

Dedico este trabalho especialmente a minha querida “filha” Marina e as pessoas que dedicaram grande parte de suas vidas a mim meus irmãos e que foram exemplos de coragem, perseverança e honestidade: Abílio Teixeira (*in memorian*) meu pai e Hilda de Lima Teixeira (*in memorian*), minha mãe.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela oportunidade de estudar, por orientar o caminho que deveria seguir, por colocar pessoas maravilhosas em minha vida e por permitir que este trabalho fosse concluído.

À minha família, em especial aos meus pais Abílio e Hilda, ao meu irmão Luiz César sua esposa Fátima aos meus sobrinhos Guilherme e Alessandra, minha irmã Ildeli, pela contribuição e incentivo durante minha vida e, principalmente, nos últimos anos dedicados ao doutorado.

A minha querida filha Marina e minha neta Luiza, que são os motivos de toda a minha dedicação e superação, sendo as luzes da minha vida.

Ao professor Dr Alri Ramos de Oliveira, pela atenção, paciência e enquanto orientador, professor, respeito e solidariedade enquanto grande amigo. O tempo em que convivemos foi valioso para meu amadurecimento profissional e pessoal.

Ao programa de Doutorado em Educação Física Associado UEL/UEM, pela estrutura oferecida e pelo corpo docente capacitado. Ao corpo docente do Programa, em especial àqueles com quem tive a satisfação de conviver e aprender durante as disciplinas cursadas.

Aos professores Dartagnan Pinto Guedes, Enio Vaz Ronque, Helio Serassuelo Filho e Hugo Tourinho Filho, membros titulares da banca examinadora, e Marcia Greguol e Cosme Franklim Buzzachera membros não titulares por aceitarem colaborar e avaliar este trabalho.

Aos Meus professores da graduação, aqui representado pelo meu “mestre” Marival Antonio Mazzio, pelos conhecimentos transmitidos e pela amizade.

Aos coordenadores da UNOPAR Florisvaldo Simeão e Márcia Aversani; e aos meus colegas de docência na Universidade Norte do Paraná, aqui representados pelos amigo Julio César Boselli Dantas (UNOPAR).

Por fim, um agradecimento especial aos membros dos GEPAFIS, que muito colaboraram para realização desta pesquisa, entre eles: Diogo Coledan, Philippe Ferraiol, Ryamundo Pires Jr, Gustavo Ayres Arruda, Marco Antonio Ferreira, Edineia Ribeiro, Ricardo Oliveira, Sarah Crosatti, Rosana Sohaila Moreira e Cleide Vilauta

TEIXEIRA, Márcio. **Comportamentos de risco para a saúde em universitários**. 2014. 141 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram de analisar, descrever, estabelecer comparações e identificar a extensão com que selecionados indicadores sócio-demográficos possam estar associados às prevalências de comportamentos de risco para a saúde em amostra representativa de universitários da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil. Foi utilizada uma amostra de 2.738 universitários, de ambos os gêneros, de 43 cursos de graduação (60 estratificados por turno e habilitação), matriculados no ano letivo de 2013. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Questionário de Comportamentos de Risco *National College Health Assessment II (NCHA II)*. O questionário é constituído de 65 questões, divididas em indicadores sócio-demográficos e com comportamentos identificados nesta pesquisa como intencionais e não intencionais. O tratamento dos dados utilizou estatística descritiva para a caracterização sócio-demográfica da amostra, o cálculo do teste do Qui-quadrado para verificar a eventuais diferenças significativas entre ambos os gêneros, e ainda para os cálculos dos valores de *odds ratio*, nas variáveis que apresentaram significância $P \leq 20$, estabelecidos por intermédio da utilização da análise de regressão logística binária, assumindo intervalos de confiança de 95%. Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico computadorizado SPSS – *Statistics Package for Social Sciences*, versão 17.0. Os principais resultados encontrados foram prevalências nos comportamentos de risco de 14,7% da amostra quanto ao uso do cigarro, 59,6% do consumo de bebidas alcoólicas, e prevalência de 10,6% no uso da maconha. Um total de 67,9% indicaram o uso de pílula anticoncepcional e 68,8% afirmou utilizar a camisinha masculina, como método contraceptivo. Na amostra, 47,8% relatou estarem ligeiramente ou muito acima do peso, 52,7% dos entrevistados realizam exercícios físicos de intensidade moderada (caminhada) de 1-7 dias/semana, e 39,0% em intensidade rigorosa (corrida). A pesquisa identificou ainda que 33,8% em ambos os gêneros afirmaram fazer exercícios de fortalecimento (musculação). Em relação às chances de ocorrer o comportamento de risco de dirigir após ingerir bebida alcoólica, risco maior se apresenta entre os rapazes de 21 a >26 anos, de cor de pele não branca, que residem sozinhos, trabalham de 20-39 horas semanais, dos cursos da área das Ciências Humanas e que estudam do 2º ao 4º ano. Quanto ao uso do tabaco, entre os rapazes, universitários de 21 a 23 anos, que residem em repúblicas estudantis, das áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e das Ciências Humanas. Os rapazes de 21 a 23 anos, cor de pele branca, do 2º ano, dos turnos noturno e integral apresentam maiores chances de consumirem bebidas alcoólicas. Quanto ao uso da maconha, os rapazes que residem em repúblicas estudantis, das Áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e das Áreas Humanas, estão expostos à maiores chances de uso. Quanto ao uso de cocaína, está entre os rapazes as maiores razões de chance, nas idades entre 24-26, da Área das Ciências Humanas. Sobre relações sexuais e não usarem preservativos como método contraceptivo encontram-se mais expostos os rapazes com idades entre 24 a 26 anos, do 3º ano do período noturno, casados ou que morem juntos com seus cônjuges, e que afirmaram trabalhar remuneradamente ≥ 40 horas. Com relação às chances de não praticar atividade física, foram encontradas proporções significativas apenas no gênero, onde as moças apresentam maiores razões de chances de não praticar de atividade física. Após a busca, análise e discussão dos dados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que realizar pesquisa epidemiológica de característica comportamental na identificação de prevalência do risco, suas associações e as chances de ocorrer o desfecho entre as características sociodemográficas pode se constituir no alicerce necessário para a construção de políticas públicas ou privadas, focadas na busca da solução dos problemas específicos desta fração da sociedade universitária.

Palavras-chave: Fatores de risco. Questionário. Comportamentos saudáveis. Estudantes. Universidade e estilo de vida.

TEIXEIRA, Márcio. **Risk behaviors for health on undergraduate students.** 2014. 141 f. Thesis (Doctorate in Physical Education) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

ABSTRACT

The study had the purpose to analyze, describe, make comparisons and identify the extent to which selected sociodemographic indicators may be associated to the prevalence of risk behaviors to health in a representative sample of college students at the State University of Londrina, Paraná, Brazil. The sample involved 2,738 college students, of both genders, from 43 graduate courses (60 stratified by shift and qualification) students enrolled in the 2013 academic year. The instrument used for data collection was the questionnaire of risk behaviors *National College Health Assessment II - NCHAII*. The questionnaire consists of 65 questions divided into sociodemographic indicators and behaviors identified in this study as intentional and unintentional. Descriptive statistical resources were used for sociodemographic analysis involving the characteristics of the sample. The Chi-square test was used to verify any significant differences between both genders and also for calculation of odds ratios, when the variables were significant, established through the use of binary logistic regression analysis, considering the 95% confidence interval. The data were analyzed using the computerized *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, version 17.0. The main findings were the prevalence of risk behaviors: 14.7% of the sample smoke cigarette, 59.6% of the consumption of alcoholic beverages, and regarding the use of *marijuana*, the prevalence indicated 10.6%. A total of 67.9% indicated the use of contraceptive pills and 68.8% reported using male condom as a contraceptive method. Related to the weight, 47.8% reported being somewhat or very overweight, still showed that 52.7% of respondents reported doing 1-7 days/week of moderate intensity physical exercise (walking), 39.0% of rigorous exercise intensity (running) and how to muscle strengthening exercises (weight training). The survey found that 33.8% in both genders said to do that type of training. It was observed that about the chances of the risky behavior of driving after drinking alcohol occurs, is among the boys from 21 to >26 years, skin color not white, living alone, working 20-39 hours, belonging to Human Sciences area, and studying 2nd to 4th year. The tobacco use among boys indicated that students from 21-23 years living in student dormitories, and belonging to Law, Economics and Administration areas and the Humanities. Boys 21-23 years old, white skin, 2nd year, and full of night shifts are more likely to consume alcoholic beverages. As for marijuana, the boys residing in student dormitories, belonging to Law, Economics and Administration areas and in the Humanities are exposed to greater chances of use and cocaine use among boys between the ages of 24-26, in the area the Humanities. About sex and not using condoms as a contraceptive method is most exposed boys aged 24 to 26 years, the 3rd year studying in the evening period, married or period living with their spouses, who claimed to work for remuneration 40 hours and still on chances of no physical activity. Significant proportions were found only in gender, where girls have higher odds ratios of not practicing physical activity. After the search, analysis and discussion of the data obtained in this study, it can be concluded that performing epidemiological research in identifying behavioral traits prevalence of risk, their associations and the chances of the outcome where sociodemographic characteristics occur becomes the necessary foundation for building public and private policies, focused on finding the solution of specific problems of this fraction of university society.

Keywords: Risk factors. Questionnaire. Healthy behaviors. Students. University and lifestyle.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Pesquisas de comportamentos relacionados à segurança.....	27
Quadro 2 -	Pesquisas de comportamentos relacionados com as bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas.....	35
Quadro 3 -	Pesquisas de comportamentos relacionados com a atividade sexual e contracepção.....	43
Quadro 4 -	Pesquisas de comportamentos relacionados com o peso corporal, nutrição e o exercício físico.....	53
Quadro 5 -	Pesquisas de comportamentos relacionados com a saúde física e mental.....	61
Quadro 6 -	Centros de estudos, cursos de graduação e número de acadêmicos participantes da amostra da Universidade Estadual de Londrina – 2013.....	71
Quadro 7 -	Áreas de estudo, cursos e número de acadêmicos participantes da amostra da Universidade Estadual de Londrina – 2013.....	72
Quadro 8 -	Cursos de graduação e número de acadêmicos proporcionalmente da amostra da Universidade Estadual de Londrina – 2013.....	73
Quadro 9 -	Identificação dos comportamentos de risco e os itens do questionário aplicado na pesquisa (NCHA II).....	75
Quadro 10 -	Perfil dos ingressantes dos últimos 5 anos dos vestibulares dos cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina – Paraná - 2013.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Indicadores sociodemográficos da amostra de universitários analisada no estudo da Universidade Estadual Londrina, Paraná – 2013.....	78
Tabela 2 -	Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança a 95% de comportamentos que contribuem para a ocorrência de lesões não intencionais em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	80
Tabela 3 -	Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança a 95% de comportamentos que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	82
Tabela 4 -	Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança a 95% de comportamentos relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	85
Tabela 5 -	Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança a 95% de comportamentos relacionados à atividade sexual e contracepção em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	88
Tabela 6 -	Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança a 95% de comportamentos relacionados à saúde, controle de peso corporal, alimentação e horas de sono em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	91
Tabela 7 -	Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança a 95% de comportamentos relacionados à prática de exercícios físicos e práticas esportivas em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	93
Tabela 8 -	Análise das variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	95
Tabela 9 -	Análise das variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco relacionados ao consumo de substâncias agressivas ao organismo em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	97

Tabela 10 -	Análise das variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco relacionados à atividade sexual, aos hábitos alimentares e de prática de atividade física em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	99
Tabela 11 -	Valores de odds ratio entre indicadores de comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais e selecionados fatores sociodemográficos em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013....	103
Tabela 12 -	Valores de odds ratio entre indicadores de comportamentos de risco relacionados ao consumo de substâncias agressivas ao organismo e selecionados fatores sociodemográficos em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.....	106
Tabela 13 -	Valores de <i>odds ratio</i> entre indicadores de comportamentos de risco relacionados à atividade sexual, aos hábitos alimentares e de prática de exercício físico e selecionados fatores sociodemográficos em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013....	108

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACHA	<i>American College Health Association</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CCA	Centro de Ciência Agrárias
CCB	Centro de Ciências Biológicas
CCE	Centro de Ciências Exatas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CECA	Centro de Educação, Comunicação e Artes
CEFE	Centro de Educação Física e Esporte
CESA	Ciências de Estudos Sociais Aplicados
CLCH	Centro de Letras e Humanas
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
CTU	Centro Tecnológico e Urbanismo
CONTRAN	Conselho de Transito
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DASC	Departamento de Atendimento da Saúde Comunitária
DCNTs	Disfunções Crônicas Não Transmissíveis
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EDUEL	Editora da Universidade Estadual de Londrina
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
NCHA	<i>National College Health Assessment</i>
NAFI	Núcleo de Atividade Física
NHTSA	<i>National Highway Traffic Safety Administration</i>
NUBEC	Núcleo de Bem-Estar da Comunidade
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OR	Odds Ratio

PROPLAN	Pró-Reitoria de Planejamento
PROPPG	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação
RENAEST	Registro Nacional de Acidentes e Estatística de Trânsito
RU	Restaurante Universitário
SEBEC	Serviço de Bem Estar da Comunidade
SIM/DATASUS	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPSS	<i>Statistics Package for Social Sciences</i>
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHO	World Health Organization
WISQARS	<i>Web-based Injury Statistics Query and Reporting System</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 <i>National College Health Assessment II (NCHA II)</i>	22
3.2 Comportamentos que Contribuem para Lesões Não Intencionais e Violência.....	23
3.3 Categoria Relacionada com a Segurança.....	24
3.4 Categoria Relacionada com as Bebidas Alcoólicas, Tabaco e outras Drogas.....	31
3.5 Categoria Relacionada com a Atividade Sexual e Contracepção.....	40
3.6 Categoria Relacionada com o Peso Corporal, Nutrição e a Exercício Físico.....	49
3.7 Categoria Relacionada com a Saúde Física e Mental.....	59
4. MÉTODOS	68
4.1 Caracterização da População.....	68
4.2 Seleção da Amostra.....	70
4.3 Coleta dos Dados.....	74
4.4 Tratamento Estatístico.....	76
5. RESULTADOS	77
6. DISCUSSÃO	110
6.1 Comportamentos de Risco que Contribuem para Lesões Não Intencionais.....	111
6.2 Comportamentos que Contribuem para Ocorrência de Lesões Intencionais.....	114
6.3 Comportamentos Relacionados ao uso de Tabaco.....	115
6.4 Comportamentos Relacionados ao Consumo de Bebida Alcoólica.....	116
6.5 Comportamentos Relacionados ao uso de Drogas Psicotrópicas Ilícitas.....	118
6.6 Comportamentos Relacionados à Atividade Sexual.....	120
6.7 Comportamentos Relatados aos Hábitos Alimentares e ao Peso Corporal.....	122
6.8 Comportamentos Relacionados à Prática de Exercício Físico.....	124
6.9 Projetos e Ações de Intervenções Junto a Comunidade Acadêmica.....	126
7. CONCLUSÃO	130
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
ANEXO - Questionário – NCHA II.....	142

1. INTRODUÇÃO

Durante todo o processo de vida, desde o nascimento, infância, adolescência, fase adulta e na terceira idade, o ser humano passa por diversas modificações e adaptações, associadas aos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Estas mudanças normalmente ocorrem no ambiente familiar, convívio com os amigos na rotina diária, e principalmente na vida acadêmica, desde os primeiros contatos com a iniciação escolar até os níveis mais superiores, como a universitária.

Para muitos jovens, o ingresso no ensino universitário é marcado por período de maior autonomia, relativo distanciamento da família, novas amizades e experiências, enfrentando, desse modo, situações até então desconhecidas. Mas também se caracteriza por período de elevada vulnerabilidade na consolidação de hábitos saudáveis, em razão da dificuldade em lidar com transformações psicossociais e pressões impostas pela necessidade de adaptação às situações próprias do meio acadêmico (GUEDES; TEIXEIRA, 2012).

Estudos epidemiológicos revelam que os problemas de saúde causadores de morbidades e mortes prematuras podem estar atrelados ao estilo de vida, incluindo os comportamentos relacionados à saúde. Entre as condutas de risco para a saúde destacam-se o consumo de drogas (tabaco, álcool e drogas psicotrópicas), o sedentarismo, a alimentação desregrada (ingestão excessiva de gorduras e de carboidratos simples, e insuficiência de alimentos ricos em fibras e vitaminas), as situações de estresse, a promiscuidade sexual, a violência, a condução perigosa e a má utilização dos serviços de saúde (PRECIOSO, 2004).

Existem vários órgãos responsáveis e interessados pelos diagnósticos, monitoramento da saúde e controle de doenças e suas respectivas causas, como a *World Health Organization* (WHO, 2002), o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1991) e *American College Health Association* (ACHA, 2012), entre outras.

A *American College Health Association* (ACHA), desde a sua criação em 1920, tem procurado atender o segmento universitário norte americano

no que se refere às necessidades de saúde. Essa entidade exerce forte liderança no meio universitário daquele país e procura atender as faculdades e universidades filiadas quanto à monitoração de indicadores de saúde que possam afetar o desempenho acadêmico e a qualidade de vida no *campus*. Para subsidiar suas ações, a ACHA idealizou o questionário auto administrado, denominado de Avaliação Nacional de Saúde Universitária (*National College Health Assessment - NCHA*). Além de características demográficas, o questionário envolve questões relacionadas aos comportamentos de proteção e risco para a saúde, incluindo sete módulos: (a) saúde, educação em saúde e segurança; (b) bebida alcoólica, tabaco e outras drogas; (c) comportamento sexual e contracepção; (d) peso corporal, nutrição e exercício físico; (e) saúde mental; (f) saúde física; e (g) dificuldades para o desempenho acadêmico (ACHA, 2004).

Com o objetivo de tradução do questionário das características psicométricas do idioma original em inglês para o português e adaptação transcultural do **NCHA II** (*National College Health Assessment II*), Teixeira (2009), realizou pesquisa com uma amostra de 392 universitários do curso de Educação Física da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, e identificou que os maiores escores equivalentes de prevalência de comportamentos de risco estavam associados ao uso de tabaco, bebidas alcoólicas, maconha e inatividade física. Entre os menores escores equivalentes as prevalências de comportamentos de risco, estavam associadas à violência e suicídio, comportamentos estes que podem levar à ocorrências de lesões intencionais ou não intencionais.

No entanto, identificar e analisar as prevalências de comportamentos de risco nestes universitários, não significa que as causas, ou o porquê destes comportamentos serem acometidos, estarão resolvidos, visto que mesmo com proporções, associações e razões de chances daquele fato acontecer, eles poderão estar relacionados com outros fatores aqui não observados, mas pode ser o primeiro passo importante dentro de um processo epidemiológico, com estas características.

Uma análise descritiva dos dados possibilitará identificar quais são os comportamentos de risco de maiores proporções que podem estar associados à saúde dos jovens acadêmicos, sendo estas informações relevantes para conduzir ajustes nos programas e políticas que são ou poderão ser desenvolvidos na instituição de ensino com objetivos da diminuição destes comportamentos.

As questões que este estudo buscará responder serão as seguintes: Qual a prevalência, dimensão e extensão dos comportamentos de risco relacionados à saúde? Ainda, descrever e estabelecer comparações das prevalências desses comportamentos dos estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

Diante do exposto, torna-se necessário verificar de que maneira os aspectos abordados em cada uma das categorias dos comportamentos de risco, como: (a) segurança; (b) bebida alcoólica, tabaco e outras drogas; (c) atividade sexual e contracepção; (d) peso corporal, nutrição e exercício físico; (e) saúde física e mental; com risco de lesões intencionais ou não intencionais, podem estar interferindo na forma de “risco” ou de “proteção” na saúde na população universitária da cidade de Londrina, Paraná.

Somente com esta abordagem, que nesta pesquisa foi caracterizada pela prevalência de comportamentos de risco a saúde, torna-se possível analisar a dimensão que um levantamento utilizado poderá contribuir para a promoção e a educação para à saúde entre os universitários. Poderá contribuir para que os gestores das determinadas instituições realizem programas visando minimizar tais comportamentos ou apresentem propostas no intuito de que tais comportamentos não influenciem de forma negativa o convívio dos estudantes e toda população envolvida, além de seu rendimento acadêmico.

Os resultados obtidos a partir do estudo poderão ainda auxiliar no desencadeamento de ações intervencionistas que favoreçam a promoção da prática de exercícios físicos, além de serem bastante úteis para a compreensão das razões que podem levar os sujeitos a se tornarem inativos fisicamente, e em consequência, influenciarem nas condições de saúde dos universitários.

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever e analisar as prevalências de comportamentos de risco para a saúde em amostra representativa de universitários da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer comparações entre as prevalências de comportamentos de risco para a saúde encontrada na população universitária analisada e as informações disponibilizadas na literatura envolvendo estudos de outras regiões do Brasil e de outros países;
- Identificar a extensão com que selecionados indicadores sociodemográficos possam estar associados às prevalências de comportamentos de risco para saúde na população universitária.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A *American College Health Association* (ACHA) é uma entidade composta por profissionais de saúde que visa monitorar a saúde de universitários em todo o mundo, formando uma poderosa base de colaboração em rede. Esta síntese única de visão e conhecimento, da prática e da política, pode orientar e apoiar no sentido de uma prestação de serviço da saúde, nos programas de saúde e seu desenvolvimento profissional.

Essa instituição tem por missão promover defesa, educação, comunicações, produtos e serviços, bem como desenvolver pesquisas e práticas culturalmente competentes visando “melhorar a saúde de todos os alunos e a comunidade de campus universitário”. Busca ainda, ser a voz reconhecida como a especializada em saúde da faculdade.

Como a saúde na faculdade, a ACHA oferece-lhe a oportunidade de:

- ❖ Atualizar suas habilidades e aumentar seu conhecimento;
- ❖ Mudar a política e moldar o futuro da saúde da faculdade;
- ❖ Avaliar as necessidades à saúde dos seus alunos;
- ❖ Envolver-se com as questões e os interesses mais importantes para a comunidade;
- ❖ Interagir com os colegas da área;
- ❖ Criar um serviço de saúde eficaz no campus;
- ❖ Acessar as informações de saúde para os acadêmicos;
- ❖ Apoiar e promover o seu desenvolvimento profissional.

A ACHA é regida por um Conselho de Administração, que consiste de 18 membros e, chefe da associação como o corpo operacional, desenvolve procedimentos para implementar as políticas da associação, conforme estabelecido pela Assembleia de Representantes, e fornece orientação geral para as atividades da associação. O conselho é composto pelo Comitê Executivo, quatro membros, seis representantes regionais, e dois representantes dos estudantes.

Os membros do Conselho (exceto o Diretor Executivo) são eleitos pelos membros da estrutura da ACHA.

Afiliações da ACHA estão divididas em 11 organizações afiliadas regionais. Cada organização afiliada é governada por seus próprios funcionários eleitos da filial, que prestam orientação e liderança para seus membros e ajudar em parcerias fortes com os colegas no nível estadual ou regional. Os membros ACHA recebem a adesão simultânea na organização afiliada, sem qualquer custo adicional.

Os membros podem optar por aderir e participar em uma ou mais das nove seções da associação, que refletem a diversidade profissional de cada um dos membros ACHA. As seções desempenham um papel central no planejamento do programa da reunião anual ACHA, realizada a cada primavera. Os líderes de seção de ACHA são eleitos para representar os membros individuais que participam nas seções.

Vários comitês da ACHA, forças-tarefa e coligações oferecem aos membros uma oportunidade de contribuir para o campo da saúde na faculdade e se tornar parte integrante da associação. Estes grupos abordam uma ampla gama de questões pertinentes tanto para a ACHA e também à saúde de estudantes universitários, e são instrumentos vitais para a missão da associação, trabalho e governança (ACHA, 2012).

3.1 NATIONAL COLLEGE HEALTH ASSESSMENT II (NCHA II)

A primeira versão do NCHA foi idealizada em 1998 por um grupo de trabalho interdisciplinar de profissionais vinculados à área de saúde das faculdades e universidades filiadas a *American College Health Association* (ACHA). Seu delineamento resultou da compilação de vários instrumentos disponíveis na época, destacando-se *National College Health Risk Behavior Survey*, *Core Alcohol and Drug Survey* e o *Monitoring the Future Study*.

Após testagem inicial de campo e identificada a confiabilidade e a validade de sua primeira versão, o *NCHA* passou a ser sistematicamente utilizado em levantamentos de dados locais e nacional, oferecendo importantes informações aos serviços de assistência à saúde das instituições de ensino universitário, aos educadores de saúde e aos gestores universitários.

Mais recentemente, a versão original do *NCHA* foi revisada, sendo introduzidas importantes modificações, o que resultou no *NCHA II*. Embora as dimensões e o formato do questionário tenham permanecido os mesmos, na versão revisada uma quantidade significativa de questões foi modificada e novas questões foram adicionadas na tentativa de ampliar o rol de comportamentos de proteção e risco, percepções e atitudes sobre temas de saúde. Especificamente, a versão revisada incluiu lista atualizada de drogas ilícitas, métodos contraceptivos e vacinas. Novos itens foram disponibilizados para levantar informações quanto ao comportamento de sono, à ocorrência de lesões intencionais, ao uso/abuso de medicamentos e a sintomas de outros desfechos relacionados à saúde mental (ACHA, 2008).

3.2 COMPORTAMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA LESÕES NÃO INTENCIONAIS E VIOLÊNCIA

Lesões ou quaisquer outros agravos à saúde podem ser originados de causas externas – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, suicídios, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (GONZAGA et al., 2012).

As lesões podem ser classificadas como intencionais ou não intencionais. As lesões não intencionais são aquelas onde a ocorrência não é voluntária, como, por exemplo, as lesões durante a prática de esportes ou no trabalho. No grupo das intencionais inclui-se a violência que pode ser contra si como suicídio, contra outrem como homicídio e agressões físicas ou mesmo contra bens materiais. A violência não é entendida somente como agressão física, mas também como ofensa moral por palavras, por exemplo. As atitudes violentas, frequentemente levam a resultados comprometedores que podem chegar à fatalidade.

Para melhor análise destes comportamentos de risco se faz necessária a apresentação de pesquisas através de uma revisão de literatura que será apresentada a seguir. O questionário NCHA II dedica 2 questões a comportamentos relacionados à segurança pessoal, 2 à violência, 2 à intenção de suicídio, 3 ao uso de tabaco, 7 consumo de álcool, 3 a utilização de maconha, 1 a outras drogas e 9 questões ligadas a conduta sexual.

Como tais questionamentos e atitudes estão vinculados à comportamentos que contribuem para lesões não intencionais ou violência, justifica-se a revisão da literatura e o embasamento a seguir.

3.3 CATEGORIA RELACIONADA COM A SEGURANÇA

Nessa categoria o questionário NCHA II aborda temas relativos com os comportamentos de risco relacionados à saúde, educação em saúde e segurança. As questões estão divididas em como o universitário descreve a sua saúde, também informações sobre segurança, tais como: uso de capacete quando andou de veículos, ameaças e envolvimento em agressões físicas e sexuais, aspectos emocionais e ainda sobre a segurança do campus e arredores, onde o mesmo estuda.

As informações sobre a saúde devem abranger âmbitos bem esclarecidos e diretivos, no sentido de que os jovens recebam detalhadamente todos os benefícios de uma prevenção, como também, todos os malefícios que os comportamentos de risco podem trazer à saúde.

As condutas de saúde repercutem de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos, especialmente por sua relação com as doenças crônicas. Observam-se diferenças entre os gêneros nos comportamentos relacionados à saúde. Enquanto os homens relatam praticar mais frequentemente exercícios físicos, as mulheres demonstram significativamente maior preocupação com a dieta alimentar (LEE; LOKE, 2005).

Em estudo semelhante, Souza e Lima (2007) realizaram análise descritiva relacionada à morbidade e à mortalidade por acidentes e violência nas capitais do Brasil. Os autores utilizaram dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Os resultados apontaram a persistente elevada taxa de homicídios e acidentes de trânsito, a concentração dos eventos na população jovem, negra, do gênero masculino e a complexidade e as várias determinações desses fenômenos. Como novidade, o estudo aponta para o processo de disseminação de homicídios para outros municípios das regiões metropolitanas e do interior dos estados. Por exemplo, em Palmas, ocorrem altas taxas de mortalidade e morbidades por acidentes de trânsito, enquanto em Porto Velho, Macapá, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá apresentam os maiores indicadores de violência intencional.

Em relação à condução de veículo e a utilização do cinto de segurança e o capacete no Brasil, está ligada a legislação que obriga o uso e prevê punição pela sua falta é recente, pois a Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997

instituiu o novo Código de Trânsito Brasileiro e somente a partir de abril de 1998 é que passou a vigorar. No Brasil os veículos são obrigados a ter cinto de segurança para todos os passageiros (BRASIL - CTB, 2008); mas vale ressaltar que, mesmo entre os novos, alguns ainda saem de fábrica somente com cinto de segurança abdominal, o que cumpre a norma, mas acabam por deixar desprotegidos os passageiros que não contam com cinto de segurança de três pontos, que é sensivelmente mais seguro.

A utilização do cinto de segurança apresenta-se como eficiente medida de prevenção relacionada à lesões ocasionadas por acidentes com veículos motorizados que é a principal causa de morte entre os jovens de 15 a 19 anos (WISQARS, 2006). O *National Highway Traffic Safety Administration* - NHTSA (2004) relata que a utilização de cinto de segurança pode garantir a redução em 45% das mortes de passageiros ocupantes dos bancos da frente. Não obstante o cinto de segurança devesse ser usado por 100% dos ocupantes de veículos, salienta-se que, na população norte-americana, em 1991, 25,9% dos entrevistados não utilizavam o cinto e esta proporção se reduziu para 10,2% em 2005 (CDC, 2005).

No que se refere ao capacete na condução da motocicleta e bicicleta, existem evidências que a gravidade dos acidentes diminuiu com a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança bem como do capacete. Para ilustrar a situação atual vivida no Brasil, no que diz respeito ao aumento de motocicletas e motonetas, no ano de 1998 havia no país 2,5 milhões e em 2008 este número subiu para 13 milhões ou 23,84% da frota nacional, ficando abaixo apenas do número de automóveis (BRASIL - DENATRAN, 2008).

Em um país tropical, um veículo como as motocicletas, ágeis, de baixo preço e manutenção simplificada, facilmente se tornaram o veículo urbano ideal. Entre os universitários as motocicletas pequenas são unanimidades, basta verificar os estacionamentos das Instituições.

Segundo dados do Registro Nacional de Acidentes e Estatística de Trânsito – RENAEST, órgão do DENATRAN é possível afirmar que o número de acidentes com vítimas fatais envolvendo motocicletas é percentualmente muito maior que a de outros veículos (BRASIL - DENATRAN, 2008). Os riscos ligados ao uso da motocicleta são muitos, o capacete se apresenta como equipamento que na

maioria dos casos protege bem a cabeça do usuário, contudo são reais as possibilidades de graves acidentes envolvendo motociclistas.

É essencial considerar que bicicletas e motocicletas constituem-se em meio comum de transporte entre universitários, principalmente para aqueles que não podem arcar com os custos de aquisição e de manutenção de veículos mais seguros.

Um dos meios de transporte mais populares em todo o mundo é a bicicleta, de baixo custo de aquisição e manutenção, oportuniza a prática de atividade física e lazer, não polui e proporciona rápido deslocamento. Na China, por exemplo, a bicicleta faz parte da cultura do país. No Brasil há muitas cidades que, por sua geografia, tem a bicicleta presente na vida da grande maioria de seus cidadãos que a utilizam como meio de transporte ou lazer.

A cada dia é mais frequente a construção de ciclovias nas grandes cidades, o que denota a preocupação dos administradores não só com a melhoria do tráfego, mas com a segurança do cidadão que se utiliza deste meio de transporte. Entretanto, acidentes de trânsito envolvendo ciclistas são frequentes, causam morte e incapacidades, principalmente em crianças e jovens (GONÇALVES, PETROIANU, JUNIOR, 1997).

O envolvimento em agressões físicas é importante fator para o desencadeamento de outros comportamentos violentos. Segundo Eaton et al. (2006), 35,9% dos estudantes pesquisados tinham se envolvido em pelo menos uma luta corporal, e 13,6% dos estudantes haviam se envolvido em agressões físicas no ambiente escolar em uma ou mais vezes durante os 12 meses precedentes aos procedimentos da pesquisa e 3,6% necessitaram de atendimento médico.

No quadro 1 são apresentados uma série de pesquisas de comportamentos relacionados com a segurança, como o estado de saúde de universitários, uso de capacete, cinto de segurança, agressões, dirigir após ingestão de bebidas alcoólicas, acidentes de trânsito, hábitos de dirigir veículos sem habilitação, violência física no relacionamento amoroso e portar arma de fogo, entre outras.

Quadro 1 – Pesquisas relacionadas à categoria de comportamentos à segurança.

Autor(res) e Ano	Amostra	Comportamentos de Risco	Resultados
Secco DETRAN/RS (2007).	Universitários RS.	Dirigir após ingerir bebida alcoólica.	37,0% “sim”.
American Health Association (2008).	71.860 universitários americanos.	Uso do cinto de segurança. Estado de saúde geral.	26,0% “não usam”. Boa, muito boa 90,6%, razoável 7,8% e ruim 1,3%.
		Uso de cinto de segurança.	22,3% “nunca ou raramente”.
		Uso de capacete.	28,8% “nunca ou raramente”.
		Agressões físicas.	7,4% “agressão física” e 4,2% “agredido fisicamente”.
Scholly et al. (2010).	24,963 estudantes de Universidades Americanas.	Ameaças verbais.	5,0% “sim”.
		Tentativa e agressão sexual.	4,0% “sim” e 2,0% “agredidos”.
		Sofreram agressão física.	2,0% “sofreram”.
		Abusadas sexualmente no relacionamento.	2,0% “abusadas”.
Labiak et al. (2008).	Universitários de Cursos na Área da Saúde da cidade de Ponta Grossa, PR.	Uso de cinto de segurança. Acidentes de trânsito.	16,0% dos rapazes e 10,5% das moças “não usavam”. 66,4% dos rapazes e 53,7% das moças “envolveram com acidentes”. “Continua”

<p><i>American Health Association</i> (2009).</p>	<p>80.121 universitários americanos.</p>	<p>Estado de saúde geral. Uso de cinto de segurança. Uso de capacete. Agressões físicas.</p>	<p>Boa, muito boa 91,9%; razoável 6,9% e ruim 1,0%. 4,7% “nunca ou raramente”. 25,7% “nunca ou raramente”. 6,0% “agressão física” e 3,5% “agredidos fisicamente”. 41,0% “sim”.</p>
<p>Pinho et al. (2009).</p>	<p>Universitários da Universidade Católica de Goiás, GO.</p>	<p>Hábito de dirigir sem habilitação. Ingestão de bebida alcoólica previamente à condução de veículo.</p>	<p>25,0% masculino e 10,0% feminino “sim”.</p>
<p><i>American Health Association</i> (2010).</p>	<p>19.170 universitários, 39 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Estado de saúde geral. Uso de cinto de segurança. Uso de capacete. Agressões físicas e sexuais.</p>	<p>92,0% “boa, muito boa ou excelente”. 4,7% “nunca ou raramente”. 18,0% “nunca ou raramente”. 7,6% “agressão física”, 4,5% “agredidos fisicamente”, 5,9% “tocada sexualmente sem consentimento”, 2,3% “tentativa de penetração sem consentimento” e 1,5% “penetração sem consentimento”, “Continua”</p>

<p>American Health Association (2011).</p>	<p>8.900 acadêmicos universidades públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Estado de saúde geral. Uso de cinto de segurança. Uso de capacete. Agressões físicas e sexuais.</p>	<p>92,7% “boa, muito boa ou excelente”. 5,6% “nunca ou raramente”. 16,3% “nunca ou raramente”. 6,3% “agressão física”, 4,0% “agredidos fisicamente”, 5,9% “tocada sexualmente sem consentimento”, 2,4% “tentativa de penetração sem consentimento” e 1,5% “penetração sem consentimento”,</p>
<p>American Health Association (2012).</p>	<p>27.774 universitários, 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Sobre sua saúde. Uso um cinto de segurança. Uso de capacete. Agressões físicas e sexuais.</p>	<p>Muito boa ou boa 92,0%. 3,0% “nunca raramente”. 20,5% “nunca ou raramente”. 6,4% “agressão física”, 4,2% “agredidos fisicamente”, 18,3% “ameaça verbal” e 5,6% “tocada sexualmente sem o consentimento”.</p>

“Continua”

<p>American Health Association (2013).</p>	<p>41.774 acadêmicos, divididos em 153 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Estado de saúde geral. Uso de cinto de segurança. Uso de capacete. Agressões físicas e sexuais.</p>	<p>91,1% “boa, muito boa ou excelente”. 4,5% “nunca ou raramente”. 16,4% “nunca ou raramente”. 6,9% “agressão física”, 4,4% “agredidos fisicamente”, 5,8% “tocada sexualmente sem consentimento”, 2,5% “tentativa de penetração sem consentimento” e 1,6% “penetração sem consentimento”, 88,7% “boa, muito boa ou excelente”. 2,2% “nunca ou raramente”. 7,2% “nunca ou raramente”. 5,6% “agressão física”, 4,1% “agredidos fisicamente”, 6,9% “tocada sexualmente sem consentimento”, 2,3% “tentativa de penetração sem consentimento” e 1,2% “penetração sem consentimento”.</p>
<p>American Health Association - Canadá (2013).</p>	<p>6.943 acadêmicos, universidades públicas e privadas do Canadá.</p>	<p>Estado de saúde geral. Uso de cinto de segurança. Uso de capacete. Agressões físicas e sexuais.</p>	<p>91,1% “boa, muito boa ou excelente”. 4,5% “nunca ou raramente”. 16,4% “nunca ou raramente”. 6,9% “agressão física”, 4,4% “agredidos fisicamente”, 5,8% “tocada sexualmente sem consentimento”, 2,5% “tentativa de penetração sem consentimento” e 1,6% “penetração sem consentimento”, 88,7% “boa, muito boa ou excelente”. 2,2% “nunca ou raramente”. 7,2% “nunca ou raramente”. 5,6% “agressão física”, 4,1% “agredidos fisicamente”, 6,9% “tocada sexualmente sem consentimento”, 2,3% “tentativa de penetração sem consentimento” e 1,2% “penetração sem consentimento”.</p>

3.4 CATEGORIA RELACIONADA COM AS BEBIDAS ALCOÓLICAS, TABACO E OUTRAS DROGAS

Nessa categoria o questionário NCHA II apresenta temas dos comportamentos de risco relacionados às informações sobre o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas. As questões estão divididas com o uso de drogas lícitas e ilícitas, tanto no campus universitário, mas também no seu convívio familiar, com os amigos ou até mesmo em outros lugares, e ainda na sua percepção sobre estes consumos com os seus próprios colegas de universidade.

O consumo de bebidas alcoólicas é aceito socialmente; porém, quando excessivo passa a ser um problema que pode acarretar acidentes de trânsito, violência e conforme o uso, quadro de dependência denominado alcoolismo. Os efeitos agudos do álcool, inicialmente, podem parecer estimulantes, como euforia e desinibição; porém, com o consumo crônico, começam a surgir efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole, sono e até estado de coma quando o consumo é excessivamente elevado. Os indivíduos dependentes da bebida alcoólica (alcoólatras) podem desenvolver grande leque de doenças, sendo as mais frequentes relacionadas ao fígado, aos sistemas digestivo e cardiovascular (CEBRID, 2003).

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas também está associado ao comportamento sexual de risco, incluindo iniciação sexual, múltiplos parceiros, uso de preservativo e gravidez indesejada, além da associação com o uso de cigarros, maconha, cocaína e outras drogas ilegais (JOHNSON et al., 2000; EVERETT et al., 2001).

O álcool é a substância mais citada em relação aos comportamentos de riscos devido aos efeitos sobre as atitudes e comportamento do indivíduo. Aparentemente está envolvido com a violência que ocorre sob efeito do seu uso.

A relação direta e mais comum entre o consumo de bebidas alcoólicas e a agressão física e verbal é mediante a intoxicação. Pesquisas indicam que os mecanismos que explicam como o álcool induz a agressão são por meio da falta de inibição do medo pela ação ansiolítica.

A saber, o álcool afeta a função cognitiva de tal modo que ocorre a diminuição da capacidade do indivíduo em planejar ações em resposta às situações de ameaça. O álcool também pode aumentar a percepção da dor, que talvez seja uma das causas de maior agressão defensiva, o indivíduo tolera pouco a agressão e parte logo para a briga. Ainda, pode servir como mecanismo de gatilho para prover atos de agressão para aqueles que realmente têm propensão em relação à violência e quando estes se encontram expostos a situações vulneráveis. Por exemplo, tem sido descrito que pessoas que apresentam maior predisposição a serem agressivos, tendem a assumir maiores níveis de agressão quando consomem bebidas alcoólicas, em comparação com aqueles que também exibem altos níveis de agressão, mas não consomem bebidas alcoólicas (CHAVEZ et al., 2005).

Outro comportamento que se associa à disfunção degenerativa a saúde é o tabaco. O uso de tabaco causa dependência e traz consequências para a saúde que poderiam ser prevenidas, como: aumento dos riscos de doenças coronarianas, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças respiratórias agudas, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão, laringe, faringe, da cavidade oral, do pâncreas e do estômago (SHAPER, WANNAMETHEE, WALKER, 2003). Atualmente, o fumo é cultivado em todas as partes do mundo e é responsável por uma atividade econômica milionária e, apesar dos malefícios por ele proporcionados, o tabaco é uma das drogas mais consumidas no mundo.

Além das drogas lícitas já mencionadas, as ilícitas também são encontradas como comportamentos de risco entre os universitários, como a utilização da maconha, cocaína, cola, spray aerosol, heroína, metanfetaminas, êxtase e anabolizantes. Essas drogas são investigadas no NCHA II devido aos malefícios que ocasionam ao organismo e à associação do seu uso com outros comportamentos que também oferecem risco para a saúde. Para esclarecimento quanto aos malefícios que as drogas causam ao organismo, na sequência serão apontadas as principais características de algumas drogas, a partir de informações disponibilizadas pelo CEBRID (2003).

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de planta exclusiva da América do Sul, a *erythroxylon coca*. A cocaína pode chegar ao consumidor em pó, sob a forma de sal, o cloridrato de cocaína, podendo ser consumida por aspiração ou por uso endovenoso após dissolução em água.

Também pode ser encontrada sob a forma de base, o crack, que tem a característica de ser pouco solúvel em água e, portanto, ser mais bem consumido quando fumado em cachimbos, ou ainda, na forma de base, mas com preparação diferente do crack e recebendo o nome de merla.

Quando o crack e a merla são fumados alcançam o pulmão, órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando à absorção instantânea.

A cola e o spray aerosol são classificados como solventes ou inalantes, ou seja, substâncias pertencentes a um grupo químico denominado hidrocarbonetos, como o tolueno, xilol, n-hexano, acetato de etila, tricloroetileno, etc. Os efeitos dos inalantes vão desde uma estimulação inicial até a depressão, podendo também ocasionar processos alucinatórios. Os efeitos são rápidos, de segundos a no máximo 15 a 40 minutos, fazendo com que o usuário repita as aspirações muitas vezes. A aspiração repetida e crônica dos solventes pode levar à destruição de neurônios, lesões da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os músculos.

A heroína é uma substância seminatural obtida de pequena modificação na fórmula química da morfina. Ela é depressora do sistema nervoso central, fazendo-o agir mais lentamente, produzindo diminuição de dor e aumento de sono, recebendo também a denominação de narcótico. Tem a característica de facilmente levar à dependência e ser utilizada por pessoas que buscam um estado de isolamento da realidade, calma, fantasia e estado sem sofrimento. Os narcóticos usados por meio de injeções, ou em doses maiores por via oral, podem causar grande depressão respiratória e cardíaca. A pessoa perde a consciência e passa a apresentar uma cor azulada em razão da respiração muito fraca quase não oxigena mais o sangue e a pressão arterial reduz a ponto de o sangue não mais circular normalmente, causando estado de coma que, se não tiver o atendimento necessário, pode levar à morte.

As anfetaminas são substâncias sintéticas, fabricadas em laboratórios, e são estimulantes da atividade do sistema nervoso central. Elas diminuem a percepção de cansaço nas pessoas e podem afetar vários comportamentos do ser humano. Elas também causam aumento na frequência cardíaca e na pressão arterial. Se o usuário exagera na dose, tomando vários comprimidos de uma única vez, todos os efeitos acima descritos ficam mais

acentuados e podem aparecer comportamentos anormais, como agressividade, irritação, suspeita de que outras pessoas estão tramando contra ela, causando o que é denominado de delírio persecutório. Nos Estados Unidos, um tipo de anfetamina chamada de metanfetamina, tem sido muito consumida na forma fumada em cachimbos, recebendo a denominação de "ice" (gelo). O êxtase também é um tipo de anfetamina e tem sido muito utilizada entre jovens ingleses e americanos. Trata-se de uma droga extremamente perigosa, pois além de produzir alucinações pode também produzir estado de excitação.

Os anabolizantes são substitutos sintéticos do hormônio masculino testosterona. Possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos de doença em que há diminuição de sua produção. Os anabolizantes levam ao crescimento da massa muscular e ao desenvolvimento das características sexuais masculinas. A propriedade de aumentar a massa muscular faz com que muitos jovens utilizem a droga com fins estéticos, podendo causar problemas à saúde. Os principais efeitos do abuso dos anabolizantes são nervosismo, irritação, agressividade, problemas hepáticos, acne grave, problemas sexuais e cardiovasculares, aumento do colesterol HDL e diminuição da imunidade. Além desses efeitos, alguns acontecem especificamente conforme a idade e o gênero, como desenvolvimento de mamas e infertilidade nos homens, amenorreia e pelos faciais nas mulheres, maturação esquelética prematura e baixa estatura em adolescentes (LOPES, 2008).

No quadro 2 são apresentadas uma série de pesquisas a respeito de comportamentos relacionados com as bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, como: uso de bebidas alcoólicas, tabaco, maconha, cocaína, anabolizantes, entre outras.

Quadro 2 – Pesquisas de comportamentos relacionados com as bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas.

Autor(res) e Ano	Amostra	Comportamentos de Risco	Resultados
Sekijima et al. (2005).	Universitários de Enfermagem de Niigata, Japão.	Uso de tabaco. Ano de estudo.	6,2% “fumantes” e 3,2% “ex-fumantes”. 4,4% “1º ano”, 6,3% do “2º ano” e 8,3% do “3º ano”. Uso: 29,6% “últimos 12 meses”.
Stempliuk et al. (2005).	Estudantes da Universidade de São Paulo.	Uso de tabaco.	
Rozi et al. (2007).	Universitários de Karachi, Paquistão.	Uso de tabaco.	24,0% de fumantes.
Lucas et al. (2006).	Universitários da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas.	Consumo de drogas.	Bebidas alcoólicas, 87,7%, tabaco, 30,7%, solventes 11,9%, maconha 9,4%, anfetaminas, 9,2%, cocaína 2,1% e alucinógenos 1,2%.
Palma et al. (2007).	Universitários de Educação Física de Instituições privadas da cidade do Rio de Janeiro.	Uso de alguns tipos de drogas lícitas e ilícitas.	26,8% “tabaco”, 2,5% - 1 vez/ano, 6,3% - 1 vez/mês, 5,1% - 1 vez por semana e 8,0% uso diário; maconha, 21,2% experimentou a droga, 3,8% - 1 vez/ano, 3,8% - 1 vez/mês, 3,6% - 1 vez/semana e 2,2% diariamente.
Buchanan; (2008).	Pillon Estudantes de medicina, Tegucigalpa, Honduras.	Consumo de drogas.	37,7% “bebidas alcoólicas”, 4,6% “maconha”, 1,9% “cocaína”, 3,8% “valium” e 8,8% “indutores de sono”. “ Continua ”

Trepka et al. (2008).	1.130 acadêmicos do sul da Flórida, USA.	Consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas.	Consumo: 42,0% “álcool” e 14,1% o uso de “drogas ilícitas” no mês anterior.
<i>American Health Association</i> (2008 & 2009).	71.860 universitários em 107 campi (2008) e 80.121 estudantes de 106 campi (2009).	Uso do tabaco, álcool e maconha. Dirigir após beber nos últimos 30 dias.	Uso: 36,0% “tabaco”, 83,4% experimentaram “bebidas alcoólicas” e 36,1% “maconha” (2008) e 34,0% “tabaco”, 82,6% “bebidas alcoólicas” e 35,0% “maconha” (2009). 34,1% “dirigem”.
Santos et al. (2009).	246 acadêmicos da Universidade do Sul de Santa Catarina.	Uso de drogas.	Álcool 92,3%, fumo 60,0%, maconha 27,3% e cocaína 4,5%.
Lee et al. (2010).	2.123 acadêmicos de uma Universidade Pública, USA.	Uso de maconha.	Média 9,86% nos últimos 30 dias; Os rapazes demonstram o “uso” superiores as das moças.
<i>American Health Association</i> (2010).	19.170 universitários, 39 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.	Uso de drogas lícitas e ilícitas. Dirigir após beber nos últimos 30 dias. Número de doses.	65,2% “bebidas alcoólicas”, 16,0% “tabaco”, 17,0% “maconha” e 8,1% “arguilé” uso de 1 a 30 dias. 26,9% “dirigem” e 4,2% “dirigem após beber ≥5 doses”. 54,9% “≤4 doses” e 24,8% “≥7 doses”.
			“Continua”

Santos (2011).	666 alunos do 1º ciclo da Universidade de Aveiro, Portugal.	Consumo de bebidas alcoólicas.	Consumo: 41% “ingestão excessiva” no último mês, “superior nos homens”, “área de Engenharías”.
Mallet et al. (2011).	167 universitários do 1º ano de uma universidade da Pensilvânia, USA.	Quanto a problemas ligados ao álcool. Consumo de bebidas alcoólicas. Quanto a problemas ligados ao álcool.	13% “relações sexuais”, no último ano e 29% último mês. Consumo: 64,7% “Beber” pelo menos uma vez por semana. Mais da metade afirmaram “ressaca” no dia posterior, 45% “vomitou”, 38% “apagou” e 22% se tornaram “desagradável”.
American Health Association (2011).	8.900 académicos universidades públicas e privadas dos Estados Unidos.	Uso de drogas lícitas e ilícitas.	62,0% “bebidas alcoólicas”, 14,4% “tabaco”, 14,3% “maconha” e 7,9% “arguilé” uso de 1 a 30 dias.
Mundt et al. (2012).	12.900 universitários de universidades dos USA e Canadá.	Dirigir após beber nos últimos 30 dias. Número de doses. Consumo de bebidas alcoólicas. Efeitos do consumo do álcool.	25,5% “dirigim” e 2,7% “dirigim após beber ≥5 doses”. 59,9% “≤4 doses” e 20,6% “≥7 doses”. Consumo: 81,0% rapazes (5 ou + bebidas) e 58,7% moças (4 ou + bebidas). 7,0% “apagões” e 25,6% “acidentes”.
			“Continua”

Levin et al. (2012).	240 universitários do 1º ano de graduação, universidade porte médio, USA.	Consumo de bebidas alcoólicas.	Consumo: 14,6% “dependentes”, destes 47,1% apresentaram transtornos: 30,8% “humor”, 18,8% “ansiedade”, 2,5% “alimentares” e 12,5% “uso de drogas”.
<i>American College Health Association</i> (2012).	27.774 acadêmicos divididos em 44 campi universitários, sendo 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.	Uso de drogas lícita e ilícitas. Uso de medicamentos ou drogas com prescrição.	Uso: 71,0% “bebidas alcoólicas”, 30,2% “tabaco”, 33,4% “maconha”, 29,7% “narguilé”, 33,0% “cocaína, anfetaminas, crack, anabolizantes e outros tipos de drogas, 9,4%, “outro tipo de drogas nos últimos 9 dias” Antidepressivos 3,1%, drogas de disfunção erétil 0,9%, analgésicos 7,1%, sedativos 3,5% e estimulantes 6,5%.
<i>American College Health Association</i> (2013).	41.774 acadêmicos, divididos em 153 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.	Uso de drogas lícitas e ilícitas. Dirigir após beber nos últimos 30 dias. Número de doses.	64,8% “bebidas alcoólicas”, 13,8% “tabaco”, 16,7% “maconha” e 8,9% “arguilé” uso de 1 a 30 dias. 23,2% “dirigem” e 3,2% “dirigem após beber ≥5 doses”. 60,3% “≤4 doses” e 20,7% “≥7 doses”.

“Continua”

<p>American College Health Association – Canadá (2013).</p>	<p>6.943 universidades públicas e privadas do Canadá.</p>	<p>Uso de drogas lícitas e ilícitas.</p>	<p>70,8% “bebidas alcoólicas”, 11,5% “tabaco”, 16,0% “maconha” e 4,2% “arguilé” uso de 1 a 30 dias.</p>
		<p>Dirigir após beber nos últimos 30 dias.</p>	<p>19,4% “dirigem” e 2,2% “dirigem após beber ≥5 doses”.</p>
		<p>Número de doses.</p>	<p>51,3% “≤4 doses” e 26,7% “≥7 doses”.</p>

3.5 CATEGORIA RELACIONADA COM A ATIVIDADE SEXUAL E CONTRACEPÇÃO

O questionário NCHA II aborda nesta categoria temas relativo aos comportamentos de risco relacionados à informações sobre questões sexuais e contraceptivas. As questões estão divididas com relação a quantos parceiros o acadêmico teve relações sexuais em determinados períodos de tempo, mas também com quem foi esta relação. Outro aspecto abordado se refere à identificação do uso ou não, e qual o método de contracepção na prevenção da gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis, e se alguma dessas relações sexuais resultou em gravidez.

A sexualidade é vista como conjunto de expressões ou comportamentos do ser humano, de modo a influenciar todo o ciclo de vida, por estar relacionada à fatores biológicos, psicológicos e sociais, e dentre estes, a procriação e a autoafirmação social e individual. A sexualidade faz parte da vida e o seu equilíbrio depende da estabilidade emocional do indivíduo. Entre os seres humanos a sexualidade não diz respeito apenas às funções de reprodução; ela inclui necessariamente o amor e o prazer.

A sexualidade humana tem evoluído continuamente. O século XVII marcou a história da sexualidade em razão de, neste período, ter sido criado um conjunto de pudores que valorizava a decência e condenava o sexo pré-nupcial. As opiniões e as regras da época começaram a ser questionadas até que, no século XX, esses questionamentos chegaram a romper com as proibições da sociedade, eliminando assim, muitos dos tabus que pesavam sobre a sexualidade humana, diminuindo o constrangimento e a recriminação (FALCÃO JÚNIOR et al., 2009).

A iniciação sexual precoce causa preocupação pelo fato de estar relacionada com maior número de parceiros ao longo da vida e a menor probabilidade de utilização de contraceptivas e consequentes gestações indesejadas (SMITH, 1997).

As doenças sexualmente transmissíveis, conhecidas como DST, fazem parte de uma categoria de patologias infecciosas transmitidas essencialmente pelo contato sexual. O contato sexual pode transmitir doenças infecciosas provocadas por vírus, bactérias, fungos e parasitas. Essas doenças

podem ser consideradas pouco ou muito perigosas, manifestando-se de diferentes maneiras e em várias partes do corpo. O uso de preservativo tem sido considerado a forma mais eficiente de prevenção de contaminação e disseminação das doenças sexualmente transmissíveis.

As doenças sexualmente transmissíveis mais comuns são gonorréia, sífilis, herpes, cancro mole, clamídia e, a mais preocupante, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A AIDS é o conjunto de sintomas e infecções em seres humanos resultantes do dano específico do sistema imunológico ocasionado pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV.

Estudo conduzido por Taquette, Vilhena e Paula (2004) apontam que as doenças sexualmente transmissíveis são prevalentes na adolescência e facilitadoras da contaminação pelo HIV. A baixa idade das primeiras relações sexuais, a variabilidade de parceiros, o não uso de preservativo e o uso de drogas ilícitas são apontados como fatores de risco às doenças sexualmente transmissíveis. Observaram associações estatisticamente significativas entre ter uma doença sexualmente transmissível e as variáveis: atraso escolar, uso de álcool, tabaco e drogas, histórico de abuso sexual e a não utilização de preservativo nas relações sexuais.

A OPAS (2005) descreve que, sobre a violência sexual, as principais vítimas são as mulheres e crianças e normalmente é cometida por homens de maior idade. Citando dados da OMS, aponta que em alguns países uma de cada quatro mulheres manifesta ter sido vítima de violência sexual por parte de seu parceiro e grande parte das adolescentes sofre iniciação sexual forçada.

Sánchez et al. (2008) investigaram em estudantes universitários mexicanos os riscos para infecções sexualmente transmissíveis. Os resultados mostraram associação significativa entre soro prevalência de HSV-2 e nível de risco para adquirir DST nas categorias de alto (13%), médio (5,6%) e baixo (3,8%) risco. Em comparação com as moças, os rapazes iniciaram a vida sexual mais cedo, tiveram maior número de parceiras, níveis mais elevados de consumo de bebida alcoólica e drogas, maior frequência de relação sexual com profissionais do sexo, prática de sexo por dinheiro, parceiras ocasionais e concomitantes.

O comportamento sexual, sem dúvida, sofre influência e influencia a vida dos jovens em geral e dos universitários especificamente e está inserido em um contexto de inúmeras variáveis.

No quadro 3 são apresentadas uma série de pesquisas de comportamentos relacionados com a atividade sexual e contracepção, como a atividade sexual, a primeira relação sexual, a importância da virgindade, quantidade de parceiros, método contraceptivo, doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre outras.

Quadro 3 – Pesquisas de comportamentos relacionados com a atividade sexual e contracepção.

Autor(res) e Ano	Amostra	Comportamentos de Risco	Resultados
Melo et al. (2008).	Universitários da cidade de Goiânia, Goiás.	Atividade sexual. Importância da virgindade para o casamento. Idade média da primeira relação sexual.	66,0% das moças e 84,0% dos rapazes “relações sexuais” e 93,0% “práticas sexuais heterossexuais”. 10,0% afirmaram que “sim”. 55,4% dos rapazes e 67,9% das moças “entre 16 a 20 anos”.
Arliss (2008).	Universitários Americanos, descendentes asiáticos e não asiáticos.	Comportamento sexual. Quantidade de parceiros durante toda a vida. Motivo do uso de algum método contraceptivo.	67,0% dos Asiáticos e 83,0% dos não asiáticos “ativos sexualmente”. 37,0% Asiáticos “1 parceiro”; 38,0% não asiáticos “6 ou mais parceiros”. 60,0% Asiáticos e 48,0% não asiáticos, “preocupação das doenças transmissíveis sexualmente”.
Trepka et al. (2008).	1.130 acadêmicos, americanos do sul da Flórida, USA.	Comportamento sexual. Método de proteção.	14,0% “relações sexuais de risco”, e 11,9% “relações sexuais de risco consistente” (ponderada proporções). 52,1% “não preservativo” na última relação sexual, e 52,4% “não preservativos” na maioria das vezes ou sempre e ainda 13% “sexo desprotegido” sob a influência de álcool. “Continua”

Trepka et al. (2008).	1.130 acadêmicos, americanos do sul da Flórida, USA.	Informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis	52,1% “testadas para o HIV” e 63,0% “vacinadas de hepatite B”. 9,0% “nunca diagnosticado DST” e 45,0% “informações da universidade” sobre o HIV ou DST.
Falcão Júnior et al. (2009).	Acadêmicos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.	Comportamento sexual. Início da atividade sexual. Informações sexuais.	69,6% “ativos sexualmente”. 52,1%, (feminino), 18 e 20 anos e 58,7% (masculino) 15 e 17 anos. 51,2% “escola” e 50,8% “amigos”.
American College Health Association (2008 e 2009).	71.860 universitários dos USA, em 107 campi (2008) e 80.121 de 106 campi (2009).	Atividade sexual e contracepção.	28,4% (2008) e 28,2% (2009) “nunca” fizeram exames HIV. 41,0% (2008) e 58,5% (2009) “não realizaram um exame ginecológico” e 14,1% (2008) e 15,3% (2009) das sexualmente ativas usaram “anticoncepção de emergência”. 2,3% (2008) e 2,0% (2009) mulheres e 2,5% (2008) e 2,1% (2009) homens engravidaram “sem querer” e 75,0% (2008) e 76,3% (2009) “1” parceiro sexual. 45,3% (2008) e 44,3% (2009) “sexo oral”, 49,1% (2008) e 48,9% (2009) “sexo vaginal” e 5,2% (2008) e 4,7% (2009) “sexo anal”.

“Continua”

<p>American Health Association (2010).</p>	<p>19,170 universitários, 39 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Comportamento Sexual.</p> <p>Número e gênero dos parceiros nos últimos 12 meses.</p> <p>Métodos de contraceção.</p> <p>Método para prevenção da gravidez.</p>	<p>Sexo oral 41,7%, vaginal 45,4% e anal 4,7%.</p> <p>51,3% “1-2” parceiros (com sexo vaginal e anal).</p> <p>26,0% “mulheres” e 44,9% “homens” como gênero do parceiro.</p> <p>Camisinha ou outro tipo de proteção no: sexo oral 4,1%, sexo vaginal 32,1% e sexo anal 3,7%, “algumas vezes, a maioria das vezes ou vezes ou sempre”.</p> <p>59,4% “pílula anticoncepcional”, 63,6% “camisinha masculina”, 5,4% “controle da fertilidade”, 28,8% “coito interrompido” e 10,1% “pílula do dia seguinte”.</p>
<p>Scholly et al. (2010).</p>	<p>24,963 acadêmicos universitários de diversas universidades Americanas.</p>	<p>Comportamento sexual.</p> <p>Quanto ao uso do preservativo.</p> <p>Uso de contraceção.</p>	<p>Sexo (vezes/mês): oral 2,78, vaginal 3,74 e sexo anal 1,36.</p> <p>47,0% “sexo vaginal”</p> <p>68,0% “via oral”, 64,0% “preservativo” e 12,0% “contraceção de emergência”.</p> <p style="text-align: right;">“Continua”</p>

Borges et al. (2010).	468 acadêmicos, Universidade Pública de São Paulo, SP.	Comportamento sexual.	75,8% “iniciados a vida sexual”, destes, 50,4% “Anticoncepção de emergência”. Preservativo: 84,8% na 1ª relação sexual e 66,7% na última relação sexual.
Turchik et al. (2010).	310 acadêmicos de uma universidade do Meio-Oeste, USA.	Experiência sexual.	Vaginal (70,6%); Oral (80,6%); Anal (18,7%).
Stulhofer et al. (2011).	2.667 Universitários (1998 a 2008) de Zagreb, Croacia.	Idade da primeira relação sexual. Métodos de contracepção. Número de parceiros.	38,0% “17/18 anos”. Camisinha masculina (37,0%), coito interrompido (8,0%) e pílula (2,0%). 24,0% (1), 14,0% (2), 12,5% (3/4) e 9,1% (≥5) parceiros sexuais.
Tidén et al. (2012).	350 acadêmicos, moças da Universidade de Uppsala, Suécia.	Comportamento sexual. Experiência sexual. Uso de preservativo. Assédio sexual e aborto induzido.	Média de idade da 1ª relação sexual (16,8), média de parceiros em relação sexual a vida toda (11,0), últimos 12 meses (2,6). Vaginal (99,0%); Oral (94,0%); Anal (39,0%). Relação vaginal (49,0%), oral (1,0%) e anal (23,0%). Assédio (8,0%) e aborto (8,0%).

“**Continua**”

<p>American Health Association (2011).</p>	<p>8.900 acadêmicos universidades públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Relação sexual</p> <p>Número de parceiros nos últimos 12 meses, com relação vaginal ou oral.</p> <p>Formas de contracepção.</p>	<p>47,0% “vaginal”, 4,7% “anal” e 41,5% “oral”.</p> <p>53,7% “1-2 parceiros” e 12,4% “sexo masculino” e 7,9% “sexo feminino” tinham 4 ou mais parceiros sexuais no último ano.</p> <p>47% dos homens e 41% das mulheres não utilizar qualquer forma de contracepção a última vez que tiveram relações sexuais.</p> <p>61,2% “uso de camisinha” ou outro método de contracepção na maioria das e ou sempre.</p> <p>67,6% “iniciados a vida sexual”.</p>
<p>American Health Association (2012).</p>	<p>27.774 acadêmicos divididos em 44 campi, 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Comportamento sexual.</p> <p>Número de parceiros nos últimos 12 meses.</p> <p>Métodos de contracepção.</p>	<p>44,1% (1), 9,6% (2), 5,6% (3) e 8,3% (≥4) parceiros sexuais (com sexo oral, vaginal e anal).</p> <p>Camisinha masculina (61,2%), pílula anticoncepcional (60,4%), coito interrompido (3,3%), anticoncepcional injetável (1,7%) e anticoncepcional implantada (1,0%).</p>

“Continua”

<p><i>American Health Association</i> (2013).</p>	<p>41.774 acadêmicos, divididos em 153 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Comportamento sexual.</p> <p>Número e gênero dos parceiros nos últimos 12 meses.</p> <p>Métodos de contracepção.</p> <p>Método para prevenção da gravidez.</p>	<p>Sexo oral 44,7%, vaginal 49,6% e anal 5,5%.</p> <p>57,2% “1-2” parceiros (com sexo oral, vaginal ou anal). 26,9% “mulheres” e 48,4% “homens” como gênero do parceiro.</p> <p>Camisinha ou outro tipo de proteção no: sexo oral 4,0%, sexo vaginal 32,9% e sexo anal 4,4%, “algumas vezes, a maioria das vezes ou sempre”.</p> <p>60,4% “pílula anticoncepcional”, 61,9% “camisinha masculina”, 6,1% “controle da fertilidade”, 27,6% “coito interrompido” e 11,1% “pílula do dia seguinte”.</p>
<p><i>American Health Association</i> – Canadá (2013).</p>	<p>6.943 acadêmicos, universidades públicas e privadas do Canadá.</p>	<p>Comportamento sexual.</p> <p>Número e gênero dos parceiros nos últimos 12 meses.</p>	<p>Sexo oral 45,1%, vaginal 49,5% e anal 4,9%.</p> <p>54,9% “1-2” parceiros (com sexo oral, vaginal ou anal).</p> <p>64,3% “pílula anticoncepcional”, 61,1% “camisinha masculina”, 6,3% “controle da fertilidade”, 27,0% “coito interrompido” e 13,3% “pílula do dia seguinte”.</p>

3.6 CATEGORIA RELACIONADA COM O PESO CORPORAL, NUTRIÇÃO E O EXERCÍCIO FÍSICO

Nesta categoria o questionário NCHA II apresenta temas inerentes com os comportamentos de risco relacionados à informações sobre o peso corporal, nutrição e o exercício físico. As questões estão divididas com percepção sobre o peso corporal, mas também com iniciativas de prática de exercícios físicos, e ainda sobre a alimentação usualmente consumida diariamente.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL - IBGE, 2009) que aproximadamente 49% dos brasileiros acima dos 20 anos, encontram-se com excesso do peso. Dos 20 aos 24 anos, as medianas de altura e peso do homem brasileiro são, respectivamente, 1,73 m e 69,4 kg. Já entre as mulheres nessa faixa etária, as medianas são, respectivamente, 1,61 m e 57,8 kg. Nessa faixa etária, o sobrepeso no sexo masculino saltou de 18,5% em 1974-1975 para 50,1% em 2008-2009. No sexo feminino, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%.

O controle do peso corporal vem sendo alvo de pesquisas nos últimos anos em razão do sobrepeso e da obesidade estarem alcançando proporção significativa de pessoas, a ponto de serem considerados importante epidemia na atual sociedade e merecerem atenção especial de diferentes profissionais da área da saúde (JAMES, 2003).

Gênero, raça e transtornos mentais comuns são variáveis importantes a serem consideradas em estudos que avaliam a autopercepção do peso corporal. Se, por um lado, a sociedade contemporânea se depara com crescimento epidêmico do sobrepeso e da obesidade, por outro, os paradigmas corporais construídos socialmente para homens e mulheres tem se tornado com o passar dos anos mais rigorosos e inatingíveis, sendo relacionados não somente à saúde, mas também ao sucesso pessoal, profissional e afetivo (VEGGI, 2005).

A preocupação com a atual epidemia do sobrepeso e da obesidade realmente deve existir, considerando que o excesso de peso e de gordura corporal aumenta a suscetibilidade a uma variedade de disfunções crônico-degenerativas e a consequências no âmbito emocional e social. O excesso de peso corporal aumenta os riscos de alterações nas taxas de colesterol, triglicérides e glicemia agravando a

possibilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de diabetes *mellitus* do tipo 2 (ASHTON et al. 2001). O sobrepeso e a obesidade também podem causar a apneia do sono, a hipertensão, a hiperlipidemia e a síndrome metabólica (Daniels et al. 2005), além de aumentar a probabilidade de ocorrência do sobrepeso ou da obesidade na idade adulta (FREEDMAN et al. 2005). O aspecto emocional e social também é abalado, gerando casos de ansiedade, depressão e isolamento social (DOBROW et al. 2002). Modificar os transtornos ocasionados pelo excesso de peso corporal é bastante complexo e gera elevado custo financeiro à sociedade, evidenciando a necessidade de prevenção de novos casos.

Entre os indicadores que parecem determinar o sobrepeso, destacam-se as características sociodemográficas, a prática insuficiente de atividade física, os hábitos alimentares inadequados, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o uso de tabaco.

O sobrepeso e a obesidade podem estar relacionados com algumas morbidades, nas pessoas que alcançam índices muito elevados, como a obesidade mórbida, e entre estas doenças pode-se destacar a diabetes.

Os hábitos nutricionais de universitários também vêm recebendo maior atenção, sobretudo considerando que, entre as características da dieta da maioria dos universitários, prevalece a preferência por alimentos gordurosos, com excessiva quantidade de colesterol, açúcar e sal, evidenciando elevado teor de lipídios e carboidratos (DIETZ, 1998).

Existe grande preocupação com os hábitos alimentares que podem levar à obesidade, pois esta pode manter-se até a fase adulta e desencadear uma série de morbidades e até mortalidade (MUST et al., 1992). Uma das causas de hábitos alimentares inadequados é a busca por alimentos pré-preparados ou por refeições disponibilizadas em *fast food*, onde são disponibilizadas grandes quantidades de energia e carência de vitaminas e minerais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), o consumo inadequado de frutas e verduras é um dos cinco principais fatores desencadeadores de doenças. As frutas e os vegetais são fontes importantes de carboidratos complexos, fibras, vitaminas e minerais e o consumo adequado pode indicar um hábito alimentar saudável. Evidências científicas sugerem que dietas ricas em frutas e vegetais está associada à diminuição no risco de desenvolvimento de alguns tipos de câncer (Terry, Terry, Wolk, 2001; Key et al., 2004), de doenças

cardiovasculares (Bazzano et al., 2002) e de acidente vascular cerebral (HE, NOWSON, MACGREGOR, 2006). O aumento no consumo de frutas e vegetais também está associado à diminuição no risco do sobrepeso (ROLLS, ELLO-MARTIN, TOHILL, 2004).

A preocupação com a alimentação está associada com a redução das atividades físicas diárias e a prática habitual de atividades físicas caracteriza-se como componente essencial para o estabelecimento de uma saúde positiva. Em adultos, observam-se claras indicações no sentido de que menores níveis de prática de atividade física estão diretamente associados às doenças crônico-degenerativas, como a elevada incidência de cardiopatias, diabetes, hipertensão, obesidade, osteoporose e alguns tipos de câncer (BOUCHARD, SHEPHARD, STEPHNS, 1994; US. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996).

Meta análise realizada por Berlin e Colditz (1990), envolvendo mais de 40 estudos, sugere que as doenças cardiovasculares representam 1,9 vezes maior probabilidade de serem desenvolvidas em sujeitos menos ativos que nos mais ativos fisicamente. Entre portadores de fatores de risco predisponentes às disfunções crônico-degenerativas, a proporção de sujeitos classificados habitualmente como sedentários é significativamente maior que a de sujeitos ativos fisicamente (CDC, 1993). Apesar de haver menor número de jovens que possa vir a apresentar disfunções crônico-degenerativas, estudos recentes apontam comprometimentos em indicadores de pressão arterial (Alpert; Wilmore, 1994), lipídio-lipoproteínas plasmáticas (Armstrong; Simons-Morton, 1994) e gordura corporal (Bar-Or; Baranowski, 1994) nessa idade, em consequência de menores níveis de prática de atividade física, e que, na sequência, induzem importantes limitações metabólicas e funcionais nas idades mais avançadas. No âmbito psicoemocional, níveis mais elevados de prática habitual de atividade física estão associados à conservação da autoestima e do autoconceito e melhoria do relacionamento interpessoal (DOUTHITT, 1994; RAUDSEPP; VIIRA, 2000).

Outro fator importante para a promoção de atividade física em idades jovens diz respeito à forte indicação de que comportamentos indesejáveis como hábitos alimentares inadequados e prática insuficiente de atividade física, que podem afetar melhor estado de saúde na idade adulta, possam ser estabelecidos e incorporados durante a infância e adolescência (BARANOWSKI, BOUCHARD, BAR-OR, 1992; TAYLOR et al., 1999).

Pesquisas confirmaram a antiga suposição de que os indivíduos com melhores índices de prática habitual de atividade física apresentam menor incidência de Disfunções Crônicas Não-Transmissíveis - DCNTs, em especial hipertensão e diabetes, comparando às seus pares menos ativo fisicamente, e por consequência com menores índices de aptidão física relacionada à saúde (KUSCHNIR; MENDONÇA, 2007; MOURA et al., 2007).

Estudos relacionados à prática habitual da atividade física têm recebido imensa notoriedade no campo da saúde, mais especificamente em saúde pública, não apenas por sua ação isolada na prevenção de DCNTs, mas também, em relação aos benefícios psicológicos (NUNOMURA, TEIXEIRA, CARUSO, 2004; LI, LEE, SOLMON, 2005; LOCHBAUM, BIXBY, WANG, 2007; CONN, 2008).

No quadro 4 são apresentadas uma série de pesquisas de comportamentos relacionados com o peso corporal, nutrição e o exercício físico, como a prevalência da obesidade e a diabetes, controle do peso corporal, percepção corporal, hábitos alimentares e imagem corporal e prática da atividade física, entre outras.

Quadro 4 – Pesquisas de comportamentos relacionados com o peso corporal, nutrição e o exercício físico.

Autor(res) e Ano	Amostra	Comportamentos de Risco	Resultados
Malinauskas et al. (2006).	Universitárias do curso de nutrição da Universidade de Greenville, USA.	Meios de controle do peso corporal.	80% “prática de atividade física”. 32% “não participar” de programa regular de atividade física. 21% “peso corporal esperado”, 21% “sobrepeso” e 5% das obesas “3 horas/semana de atividade física aeróbica vigorosa”.
Guedes et al. (2006).	Acadêmicos do Curso de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina-PR.	Prática habitual de atividade física.	41,9% (masculino) 31,9% (feminino) “muito-ativos”, 76,3% e 80,0% “ativos” e 23,7% e 20,0% “sedentários e irregularmente ativos” respectivamente.
Fernandes et al. (2007).	Estudantes do 1º ano de Nutrição e Enfermagem, de Maringá, PR.	Comportamento alimentar e imagem corporal. Avaliação da bulimia nervosa.	23,6% “comportamento alimentar inadequado”. 38,4% “escores superiores” aos limites de normalidade, 7,9% “comportamento alimentar compulsivo”.
Gonçalves et al. (2008).	227 universitários, de dois cursos, sendo 149 “Nutrição”, 78 “Educação Física” da Universidade de Taubaté/SP.	Comportamento anoréxico e percepção corporal. Percepção corporal.	14,1% “Nutrição” e 10,3% “Educação Física” sintomas de Anorexia Nervosa. 75,8% “Nutrição” e 78,2% “Educação Física” insatisfeitos com a forma corporal. “ Continua ”

<p>Marcondelli et al. (2008).</p>	<p>Universitários da Universidade Brasília, DF.</p>	<p>Hábitos alimentares.</p> <p>Prática de atividade física.</p> <p>Tipo de atividade executada.</p> <p>Quanto às razões para a não prática de atividade física.</p>	<p>79,7% “alimentação inadequada”, 23,0% “leites e derivados”, 24,9% “frutas e vegetais” e 25,9% “carboidratos complexos”.</p> <p>74,0% “elevada proporção de consumos inadequados de refrigerantes e doces”.</p> <p>65,5% “sedentários” (Medicina e Enfermagem com maior proporção, 20,7% e a Educação Física, com menor 6,5%).</p> <p>Exercício resistido, 19,8%, caminhada, 14,3% e futebol, 11,6%.</p> <p>66,7% “tempo”, 21,2% “disposição”, 10,6% “dinheiro” e 1,5% “local adequado”.</p>
<p>American College Health Association (2008) e (2009).</p>	<p>71.860 universitários em 107 campi (2008) e 80.121 estudantes de 106 campi (2009).</p>	<p>Hábitos alimentares.</p> <p>Prática da atividade física.</p>	<p>6,7% (2008) e 8,5% (2009), “comer 5 ou mais porções de frutas e verduras diariamente”.</p> <p>42,8% (2008) e 45,5% (2009) “atividades vigorosas” 20 min. ou “moderadamente” pelo menos 30 minutos, em 3 dos últimos 7 dias.</p> <p>48,2% e 49,2% “exercício para fortalecer ou tonificar os músculos” em pelo menos 2 nos últimos 7 dias.</p>

“Continua”

Fontes; Vianna (2009).	Estudantes da Universidade Federal da Paraíba.	Fatores associados ao baixo nível de prática de atividade física.	31,2% “sedentários”, destes, 1) - “maior tempo de ingresso”, 2) - “estudantes do período noturno”, 3) - “passam menos tempo na universidade”, 4) - “maior renda” e 5) - “classe social”, maior prevalência de baixo nível de prática de atividade física.
Ajibade (2010).	127 universitários de etnia da raça negra masculina, USA.	Comportamentos de saúde e estado de obesidade.	50% “sobrepeso ou obesidade”.
American Health Association (2010).	19.170 universitários, 39 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.	Meios para perda de peso. Hábitos alimentares. Prática da atividade física.	O exercício e o consumo de nutrientes. 58,6% “comem” 1-2 porções e 6,0% comem ≥5 porções de frutas ou vegetais por dia. Exercício de intensidade moderada (caminhada rápida) por 30 min./dia: 22,5% “não praticam”; 58,3% “praticam” de 1-4 dias/semana; 19,2% “praticam” de 5-7 dias/semana. Exercício de intensidade rigorosa (corrida) por 20 min./dia: 37,6% “não praticam”; 31,1% “praticam” de 1-2 dias/semana; 31,3% “praticam” de 3-7 dias/semana.
		Participação em competições esportivas.	Exercício de fortalecimento muscular (8-12 repetições): 54,6 “não fazem”. Colegial 7,8%; Universidade 11,5%; Extra campus/universidade 18,7%. “Continua”

<p>American Health Association (2011).</p>	<p>8.900 acadêmicos universidades públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Hábitos alimentares.</p> <p>Prática da atividade física.</p>	<p>58,3% “comem” 1-2 porções e 6,2% comem ≥5 porções de frutas ou vegetais por dia.</p> <p>Exercício de intensidade moderada (caminhada rápida) por 30 min./dia: 23,0% “não praticam”; 57,5% “praticam” de 1-4 dias/semana; 19,5% “praticam” de 5-7 dias/semana.</p> <p>Exercício de intensidade rigorosa (corrida) por 20 min./dia: 38,5% “não praticam”; 30,8% “praticam” de 1-2 dias/semana; 30,7% “praticam” de 3-7 dias/semana.</p> <p>Exercício de fortalecimento muscular (8-12 repetições): 55,8 “não fazem”.</p> <p>Colegial 6,9%; Universidade 10,1%; Extra campus/universidade 19,4%.</p>
<p>Silva; Petroski (2011).</p>	<p>738 universitários da Universidade Federal de Santa Catarina.</p>	<p>Participação em competições esportivas.</p> <p>Fatores associados ao nível de participação em atividades físicas.</p> <p>Aspecto nutricional.</p>	<p>20,3% “excelente”, 32,5% “muito bom”, 16,4% “bom” e 30,8% “regular”.</p>
<p>American Health Association (2012).</p>	<p>27.774 acadêmicos divididos em 44 campi, 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Prática da atividade física.</p>	<p>Número de porções de frutas e vegetais por dia: 6,6% (0), 59,8% (1-2), 28,2% (3-4) e 5,4% (≥5).</p> <p>“Intensidade moderada” (aeróbios - 30 minutos), 23,6% “não pratica” nenhum dia, 56,3% “praticam” de 1-4 dias, 20,1%, de 5-7 dias por semana.</p> <p>“Continua”</p>

<p><i>American Health Association</i> (2012).</p>	<p>27.774 acadêmicos divididos em 44 campi, 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Prática da atividade física.</p>	<p>“Intensidade rigorosa” (aeróbios - 20 minutos), 40,5% “não praticam” nenhum dia, 30,4% “praticam” de 1-2 dias, 29,1%, de 3-7 dias por semana.</p> <p>Exercício de fortalecimento muscular (8-12 repetições): 53,2 “não fazem”.</p> <p>Colegial 8,5%; Universidade 10,2%; Extra campus/universidade 18,1%.</p>
<p><i>American Health Association</i> (2013).</p>	<p>41.774 acadêmicos, divididos em 153 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Hábitos alimentares.</p> <p>Prática da atividade física.</p> <p>Participação em competições esportivas.</p>	<p>58,7% “comem” 1-2 porções e 6,3% comem ≥5 porções de frutas ou vegetais por dia.</p> <p>Exercício de intensidade moderada (caminhada rápida) por 30 min./dia: 23,4% “não praticam”; 56,6% “praticam” de 1-4 dias/semana; 20,0% “praticam” de 5-7 dias/semana.</p> <p>Exercício de intensidade rigorosa (corrida) por 20 min./dia: 38,4% “não praticam”; 30,2% “praticam” de 1-2 dias/semana; 31,4% “praticam” de 3-7 dias/semana.</p> <p>Exercício de fortalecimento muscular (8-12 repetições): 50,7 “não fazem”.</p> <p>Colegial 6,3%; Universidade 9,1%; Extra campus/universidade 15,8%.</p> <p>“Continua”</p>

Pauline (2013).	871 universitários do nordeste dos USA.	Prática da atividade física.	49,4% - 20 min. de atividades físicas rigorosas ≥ 3 dias por semana. 15,4% - 30 min. atividade física moderada ≥ 5 dias por semana. 18,2% - não se envolvem em qualquer atividade física moderada ou vigorosa. 36,8% (rapazes) 36,4% (moças) “não atendem” as recomendações da prática de atividade física vigorosa. 17,2% “prática da atividade física” e 4,6% “intenção da atividade física”.
VanKim; Nelson (2013).	14.706 universitários, de Harvard, USA.	Prática da atividade física.	45,1% “comem” 1-2 porções e 13,3% ≥5 porções de frutas ou vegetais/ dia. Exercício de intensidade moderada (caminhada) por 30 min./dia: 23,5% “não praticam”; 58,2% “praticam” de 1-4 dias/semana; 18,3% “praticam” de 5-7 dias/semana.
Conroy et al. (2013).	63 estudantes da Universidade da Pensilvânia, USA.	Prática da atividade física.	Exercício de intensidade rigorosa (corrida) por 20 min./dia: 41,9% “não praticam”; 31,7% “praticam” de 1-2 dias/semana; 26,4% “praticam” de 3-7 dias/semana.
American College Health Association – Canadá (2013).	6.943 acadêmicos, universidades públicas e privadas do Canadá.	Hábitos alimentares. Prática da atividade física. Participação em competições esportivas.	Colegial 4,1%; Universidade 11,4%; Extra campus/universidade 18,4%.

3.7 CATEGORIA RELACIONADA COM A SAÚDE FÍSICA E MENTAL

O questionário NCHA II nesta categoria destaca temas dos comportamentos relacionados a informações sobre a saúde física e mental dos universitários. As questões estão divididas com atitudes depressivas, fadiga, exaustão, ansiedade e ainda outros comportamentos compulsivos. Também se já tentaram alguma das seguintes iniciativas para perder/manterem o peso corporal: prática de exercícios, dietas, provocarem vômitos ou laxantes e ainda uso de pílulas dietéticas.

O Plano Nacional de Saúde Mental para o período de 2007 a 2016 foi aprovado em 6 de Março de 2008 em Diário da República e tem como objetivos: melhorar a informação sobre doenças mentais; incentivar ações de luta contra a depressão; melhorar a capacidade de intervenção para prevenir o suicídio; desenvolver uma abordagem abrangente do stress (SANTOS, 2011).

O suicídio é considerado um tabu, uma afronta aos códigos religiosos, dado que os indivíduos lutam para sobreviver e não para se entregar ao vazio. Cada ser humano é único, com as suas qualidades, instintos, formas de prazer, busca de aventura, mas a sociedade acaba por impor uma maneira coletiva de agir. O suicídio é um ato condenado pela sociedade e não conhece limites, ocorre em todos os estratos sociais.

De acordo com é demonstrado por estudos e pelas opiniões de pessoas, a maioria dos indivíduos que pratica o suicídio está em grave e profunda depressão, falta de esperança no mundo, no futuro e em si próprio.

O comportamento suicida abrange os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Os planos de suicídio e as ações que têm poucas possibilidades de levar à morte são chamados gestos suicidas. As ações suicidas com intenção de morte, mas que não atingem o seu propósito, denomina-se tentativa de suicídio. Algumas pessoas que tentam suicidar-se são descobertas a tempo e salvas. Outras pessoas que tentam suicidar-se têm sentimentos contraditórios acerca da morte e a tentativa pode falhar, porque é, na realidade, um pedido de ajuda combinado com forte desejo de viver. Finalmente, um suicídio consumado tem como resultado a morte. Todos os pensamentos e os

comportamentos suicidas, quer se trate de gestos, quer de tentativas, devem ser tomados a sério.

Análise da tendência secular dos dados brasileiros sobre o suicídio, extraídos a partir do banco de dados do DATASUS, no período de 1980 a 2000, apontou que a taxa global de suicídio no Brasil cresceu 21% nesses 20 anos. Os resultados demonstram também que os homens se suicidaram de 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres, que os idosos acima de 65 anos apresentaram as maiores taxas de suicídio e que entre os jovens de 15 a 24 anos encontra-se o maior crescimento, alcançando 1.900%. Comparada à tendência mundial, a taxa de suicídio no Brasil, embora baixa, continua a crescer (MELLO-SANTOS, BERTOLETE, WANG, 2005).

Quanto aos óbitos por algum tipo de arma de fogo, independente se de homicídio ou suicídio, resultante de 3,7% do total de mortes no Brasil foi encontrado no ano de 2002, um total de 36.936 casos de óbitos. Por volta de 95% desse número de mortes correspondem a homicídios, 3,8% a suicídios, 0,9% a acidentes com armas e 0,4% por causas indeterminadas. No que diz respeito aos jovens, 31,2% de todas as mortes acontecidas em 2002, foram causadas por armas de fogo. Com exceção de suicídios, o Brasil lidera a taxa total de mortes por armas de fogo, superando de forma ampla países como os Estados Unidos, de tradição nas facilidades de regulamentação e acesso às armas (WAISELFISZ, 2004).

No quadro 5 são apresentadas uma série de pesquisas de comportamentos relacionados com saúde mental, como o suicídio, uso de armas e agressões, sintomas de estresse, depressão, doenças infecciosas e os danos físicos, saúde e estilo de vida, exames e outras prevenções e horas de sono, entre outras.

Quadro 5 – Pesquisas de comportamentos relacionados com a saúde física e mental.

Autor(res) e Ano	Amostra	Comportamentos de Risco	Resultados
Cavestro; Rocha (2006).	Universitários de fisioterapia, medicina e terapia ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.	Depressão. Risco de suicídio.	10,5% “episódios depressivos”, 28,2% curso de Terapia Ocupacional, 8,9% Medicina e 6,7% Fisioterapia. 9,6%, sendo 63,3% “risco baixo”, 15,2% “médio” e 21,2% “elevado”, Terapia Ocupacional 25,6%, Medicina 7,5% e Fisioterapia 7,8%.
<i>American Health Association</i> (2008) e (2009).	71.860 universitários em 107 campi (2008) e 80.121 estudantes de 106 campi (2009).	Saúde mental. Suicídio. Saúde física, incluindo a incidência de doenças infecciosas e medidas preventivas.	15,3% (2008) e 14,9% (2009) “depressão” ao longo da vida, 32,5% e 32,0% “diagnosticados” no ano letivo anterior, 24,8% e 24,5% “terapia”, e 34,9% e 35,6% “medicação” para depressão. 1,5% e 1,3% “tentaram” e 9,8% e 9,0% “pensaram seriamente” pelo menos uma vez no ano anterior. 18,1% e 18,7% “uso de protetor solar diariamente”, 28,9% e 30,0% “dormiu o suficiente” para a sensação de descanso em pelo menos 5 dos últimos 7 dias, 88,5% e 89,2% “pressão arterial” verificado nos últimos 2 anos, 44,5% e 45,0% “colesterol verificado” nos últimos 5 anos, e 0,3% e 0,3% ter tido “hepatite B ou C” no ano anterior, 2008 e 2009 respectivamente.

“Continua”

Scholly et al. (2010).	24.963 universitários, de Universidades Americanas.	Saúde mental.	2,7% “sem esperança/perdido”, 4,6% “oprimidos”, 3,4% “muito triste” e 2,2% “deprimido”.
<i>American Health Association</i> (2010).	19.170 universitários, 39 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.	Suicídio.	1,2% “pensaram” e 1,0% “tentaram” no ano letivo anterior.
		Saúde mental.	Sentiu-se com: ansiedade 18,7%, depressão 9,3% e exausto 46,9% nas ultimas 2 semanas.
		Suicídio.	Diagnosticado: déficit de atenção e desordem de hiperatividade 4,2%, síndrome do pânico 4,6%, insônia, 3,0%; outro distúrbio de sono 1,8% e outras condições de saúde 1,6%, nos últimos 12 meses.
		Suicídio.	Pensou seriamente em suicídio 6,0% e tentaram o suicídio 1,3%, nos últimos 12 meses.
		Horas de sono.	31,3% dormiram “1-2 dias” e 10,6% dormiram “≥6 dias” suficientemente para se sentirem descansado no dia seguinte, nos últimos 7 dias.
			“Continua”

<p>American Health Association (2011).</p>	<p>8.900 acadêmicos universidades públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Saúde mental.</p>	<p>Sentiu-se com: ansiedade 19,4%, depressão 9,4% e exausto 48,4%, nas últimas 2 semanas.</p> <p>Diagnosticado: déficit de atenção e desordem de hiperatividade 4,6%, síndrome do pânico 5,3%, insônia, 4,0%; outro distúrbio de sono 2,1% e outras condições de saúde 2,1%, nos últimos 12 meses.</p> <p>Pensou seriamente em suicídio 6,4% e tentaram o suicídio 1,1%, nos últimos 12 meses.</p>
<p>Santos (2011).</p>	<p>666 alunos do 1º ciclo da Universidade de Aveiro, Portugal.</p>	<p>Saúde mental, nível de sintomas depressivos, stress e bem-estar.</p>	<p>31,7% dormiram “1-2 dias”, 43,9% dormiram “3-5 dias” e 11,4% dormiram “≥6 dias” suficientemente para se sentirem descansado no dia seguinte, nos últimos 7 dias.</p> <p>32% “patamar disfuncional”, 15% “sintomatologia depressiva” e 26% “níveis elevados de stress”.</p>
<p>“Continua”</p>			

<p>Niekerk; (2011). Barnard</p>	<p>941 universitários da Universidade do Cabo, África do Sul, sendo 210 (2003), 337 (2004) e 394 (2005).</p>	<p>Saúde e estilo de vida. Prática de exercício regular. Motivações dos acadêmicos a práticas de exercícios físicos. Barreiras para se exercitar.</p>	<p>IMC: 21.8, 21.5 e 21.7(±2.82) kg/m², dos anos de 2003, 2004 e 2005 respectivamente. 80% (2003), 95% (2004) e 90%, (2005). “lazer e diversão” 18,0% (2003), “presença de jovens estudantes do sexo feminino no ambiente de treinos” 43,0% (2004) e “pagamento da taxa de adesão” 21,0% (2005), foram apresentados em 1º lugar. “falta de tempo” 38% (2004), “limitações de tempo” 26% (2005).</p>
<p>American Health Association (2012).</p>	<p>27.774 acadêmicos divididos em 44 campi, 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Saúde mental.</p>	<p>Ansiedade 12,0%, depressão 11,1%, síndrome do pânico 5,6%, déficit de atenção e desordem de hiperatividade 4,6%, insônia 3,8%, outro distúrbio de sono 2,3% e outras condições de saúde 2,2%. Sentiu-se desesperado ou sem esperança 45,1%, exausto nas atividades 81,5%, deprimido em suas atividades 86,1%, muito solitário 57,2%, muito triste 60,5%, deprimido que não permitiu estarem ativos 30,4%, ansiedade 49,9% e raiva 36,8%.</p>

“Continua”

<p>American Health Association (2012).</p>	<p>27.774 acadêmicos divididos em 44 campi, 23 públicas e 21 privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Suicídio.</p> <p>Saúde física, doenças que foram diagnosticadas.</p> <p>Sobre prevenção doenças.</p> <p>Exames e outras prevenções.</p> <p>Sobre horas de sono.</p>	<p>Pensou seriamente em suicídio 6,6% e tentaram o suicídio 1,1%, nos últimos 12 meses.</p> <p>Alergias 21,2%, sinusite 17,7%, dor nas costas 12,9%, dor de garganta 11,5%, infecção urinária 9,4%, asma 9,0%, enxaqueca 8,2%, déficit de atenção e desordem da hiperatividade (ADHD) 6,7% condição psiquiátrica 5,6%, doenças crônicas (câncer, diabetes, etc.) 4,9%, dificuldade de aprendizagem 4,3%, cegueira parcial/miopia 2,6%, surdez / deficiência auditiva 2,3%.</p> <p>Vacinação contra “sarampo, caxumba e rubéola”, 72,5%, “hepatite B”, 71,1%, “meningite”, 61,7% e “varicela”, 51,1%.</p> <p>72,7% “tratamento/limpeza dental”, 53,0% “protetor solar”, 49,1% das mulheres realizaram “exames ginecológicos” e 35,6% dos homens de “exames testiculares”.</p> <p>“Dormiu o suficiente para se sentir descansado pela manhã, nos últimos 7 dias”, 10,0% “nenhum dia”, 31,8% “1-2 dias”, 47,8% “3-5 dias” e 17,9% “6-7 dias”.</p> <p style="text-align: right;">“Continua”</p>
--	---	--	--

<p>American Health Association (2013).</p> <p>College Association</p>	<p>41.774 acadêmicos, divididos em 153 campi, públicas e privadas dos Estados Unidos.</p>	<p>Saúde mental.</p>	<p>Sentiu-se com: ansiedade 20,4%, depressão 10,1% e exausto 46,4% nas últimas 2 semanas.</p> <p>Diagnosticado: déficit de atenção e desordem de hiperatividade 5,1%, síndrome do pânico 6,0%, insônia, 4,3%, outro distúrbio de sono 2,2% e outras condições de saúde 2,3%, nos últimos 12 meses.</p> <p>Pensou seriamente em suicídio 7,4% e tentaram o suicídio 1,5%, nos últimos 12 meses.</p> <p>10,0% “nenhum dia” dormiram, 30,0% dormiram “1-2 dias”, 48,0% dormiram “3-5 dias” e 11,9% dormiram “≥6 dias” suficientemente para se sentirem descansado no dia seguinte, nos últimos 7 dias.</p>
<p>American Health Association – Canadá (2013).</p> <p>College Association</p>	<p>6.943 universidades públicas e privadas do Canadá.</p>	<p>Saúde mental.</p>	<p>Sentiu-se com: ansiedade 22,9%, depressão 12,8% e exausto 51,8% nas últimas 2 semanas.</p> <p>Diagnosticado: déficit de atenção e desordem de hiperatividade 2,8%, síndrome do pânico 5,8%, insônia, 4,1%; outro distúrbio de sono 2,5%; outras condições de saúde 2,6%, nos últimos 12 meses.</p> <p>“Continua”</p>

<p>American College Health Association – Canadá (2013).</p>	<p>6.943 universidades públicas e privadas do Canadá.</p>	<p>Suicídio.</p> <p>Horas de sono.</p>	<p>Pensou seriamente em suicídio 9,5% e tentaram o suicídio 1,3%, nos últimos 12 meses.</p> <p>10,9% “nenhum dia” dormiram, 29,7% dormiram “1-2 dias”, 47,6% dormiram “3-5 dias” e 11,8% dormiram “≥6 dias” suficientemente para se sentirem descansado no dia seguinte, nos últimos 7 dias.</p>
---	---	--	--

4. MÉTODOS

Para a elaboração do estudo foi utilizado o banco de dados construído a partir de levantamento descritivo de corte transversal, de base populacional, envolvendo informações relacionadas e selecionadas dos indicadores sociodemográficos e comportamentos de risco para a saúde de universitários matriculados nos cursos de graduação presenciais oferecidos pela Universidade Estadual de Londrina, estado do Paraná, Brasil.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de Março a Outubro de 2013. Os protocolos de intervenção utilizados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Londrina (Processo nº 73/07 – CAAE - 0107.0.268.000-07) e obedeceram às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Além disto, o estudo foi cadastrado como projeto de pesquisa na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação - PROPPG da Universidade Estadual de Londrina, processo nº 08526, resolução 70/2012, e apresentada na Pró-Reitoria de Graduação - PROGRAD.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A Universidade Estadual de Londrina, criada em 1970, com a junção das faculdades de Direito, Filosofia, Ciências e Letras, Odontologia, Medicina, Ciências Econômicas e Contábeis, é uma Instituição de ensino universitário público que oferece atualmente 43 cursos de graduação (60 cursos se estratificados em licenciatura e bacharel – diurno, noturno e integral), distribuídos em 9 centros de estudos (Quadro 6).

Dados de 2013 apontam que a comunidade universitária da Instituição é constituída por 14.096 alunos de graduação, 4.045 alunos de pós-graduação, 3.615 servidores técnico-administrativos e 1.708 docentes.

A Universidade Estadual de Londrina possui estrutura de apoio às atividades acadêmicas, programas de bolsas de estudo em atividades de iniciação científica, estágios, monitoria e projetos de extensão. Mantém convênios com outras

Instituições de Ensino Universitário no Brasil e no exterior. Disponibiliza atendimentos médico, odontológico e de serviço social para a comunidade universitária, moradia estudantil para abrigar 118 universitários, e restaurante universitário que serve 600 mil refeições/ano. Oferece serviços à comunidade mediante Hospital Universitário, Hospital de Clínicas, Clínica Odontológica, Escritório de Assuntos Jurídicos, Casa de Cultura, Editora EDUEL, Hospital Veterinário, Clínica Psicológica e Colégio de Aplicação.

O campus universitário da Universidade Estadual de Londrina está Localizado no Município de Londrina, na região norte do Estado do Paraná, com uma área física por volta de 240 hectares e uma área construída de aproximadamente 176 mil metros quadrados (Figura 1).

O Município de Londrina apresenta uma população acima de 500.000 habitantes, dos quais 30.000 são universitários distribuídos nas onze instituições de ensino superior existentes no município.

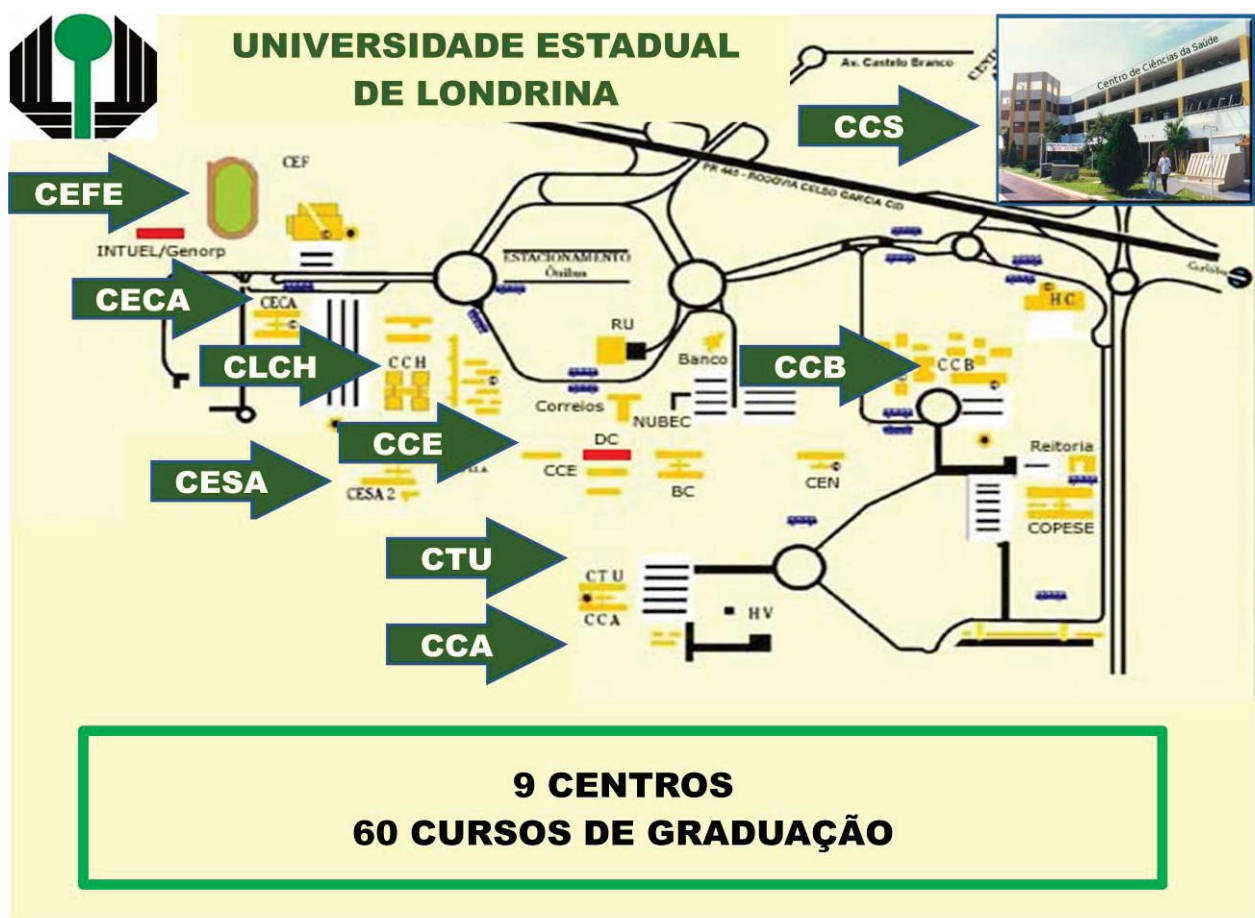


Figura 1 – Mapa da Universidade Estadual de Londrina

4.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população de referência para o estudo inclui os 14.096 universitários de ambos os sexos, matriculados no ano letivo 2013, nos 43 cursos de graduação (60 cursos, se estratificados em licenciatura e bacharel – diurno, noturno e integral), oferecidos pela Universidade Estadual de Londrina. Os procedimentos de seleção da amostra obedeceram a uma sequência de etapas na tentativa de se obter uma amostragem probabilística por estratos que pudesse efetivamente representar a população universitária considerada.

O tamanho da amostra foi estabelecido assumindo intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 3%. Com isto, obtiveram-se como referência os 14.096 universitários matriculados nos cursos de graduação da instituição. Inicialmente, o número de sujeitos analisados seria de 1.030 universitários, mas considerando que o planejamento amostral envolve estratos o tamanho inicial da amostra foi multiplicado por dois (efeito de delineamento amostral – *deff*), mais 35% como perda amostral. Assim, estimou-se uma amostra em cerca 2.832 universitários. No entanto com a perda de 94 questionários (3,3%), devido a erros de preenchimento ou outras questões do comprimento do protocolo, a amostra final foi 2.738 universitários.

Quanto à escolha dos universitários, procurou-se obter uma representatividade proporcional à população considerada, tendo como referência para essa proporcionalidade o número de universitários quanto à área de estudo, ao curso, ao ano e ao turno (diurno, noturno e integral) em que está matriculado,

Neste sentido foram selecionados todos os cursos, turnos e anos de estudo, e posteriormente realizados sorteio dentro de cada turma pelo número da chamada, para a identificação dos sujeitos que seriam entrevistados. Na sequência os universitários presentes foram convidados para participar da coleta de dados.

Os universitários selecionados para compor a amostra concordaram em participar do estudo mediante confirmação pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE).

Os critérios adotados para a exclusão de algum universitário selecionado para o estudo foram: (a) recusa em participar do estudo; e (b) ausência às aulas no dia agendado para aplicação do questionário. Neste caso, foram

indicados os números posteriores ao sorteado, para repor as eventuais perdas amostrais.

Posteriormente ao cálculo da amostra final os acadêmicos foram estratificados em seus referidos centros, como podemos observar no quadro 6.

Quadro 6 – Centros de estudos, cursos de graduação e número de acadêmicos participantes da amostra da Universidade Estadual de Londrina-PR, 2013.

Centros de Estudos	Cursos de Graduação	Número de Acadêmicos
CLCH – Centro de Letras e Humanas	Filosofia, Geografia, História, Letras Estrangeiras Modernas, Língua Portuguesa, Pedagogia.	347
CCB – Centro de Ciências Biológicas.	Biologia, Biomedicina, Psicologia.	207
CCE – Centro de Ciências Exatas.	Computação, Física, Matemática, Química.	262
CESA – Centro de Ciências de Estudos Sociais Aplicados.	Administração, Contábeis, Economia, Ciências Sociais, Direito, Secretariado Executivo, Serviço Social.	602
CCS – Centro de Ciências da Saúde.	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia.	288
CECA – Centro de Educação, Comunicação e Artes.	Arquivologia, Artes Cênicas, Biblioteconomia, Design de Moda, Design Gráfico, Jornalismo, Música, Relações Públicas.	406
CCA – Centro de Ciências Agrárias.	Agronomia, Medicina Veterinária, Zootecnia.	204
CTU – Centro de Tecnologia e Urbanismo.	Arquitetura e Urbanismo, Engenharia Civil, Engenharia Elétrica.	192
CEFE – Centro de Educação Física e Esporte.	Educação Física e Esporte.	230

Para análise dos resultados optou-se em estratificar os acadêmicos por áreas, com isso, os grupos foram constituídos formando as seguintes áreas: Biológica e Saúde, Exatas, Jurídicas, Econômicas e Administração e Humanas, como podemos observar no Quadro 7.

Quadro 7 – Áreas de estudo, cursos e número de acadêmicos participantes da amostra da Universidade Estadual de Londrina – 2013.

Áreas de Estudo	Cursos Universitários	Número de Acadêmicos
Biológicas e Saúde.	Biologia, Biomedicina, Psicologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Medicina Veterinária, Zootecnia, Educação Física, Esporte.	852
Exatas.	Arquitetura e Urbanismo, Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Agronomia, Computação, Física, Matemática, Química.	530
Jurídicas, Econômicas e Administração.	Administração, Contábeis, Economia, Ciências Sociais, Direito, Secretariado Executivo, Serviço Social.	623
Humanas.	Arquivologia, Artes Cênicas, Biblioteconomia, Design de Moda, Design Gráfico, Jornalismo, Música, Relações Públicas, Filosofia, Geografia, História, Letras Estrangeiras Modernas, Língua Portuguesa, Pedagogia.	733

No quadro 8 abaixo representa o número de acadêmicos participantes da amostra, estratificados por curso, turno e habilitação, proporcionalmente ao número de matriculados e do percentual da amostra.

Quadro 8 – Cursos de graduação e número de acadêmicos proporcionalmente da amostra da Universidade Estadual de Londrina – 2013.

Cursos de graduação presencial	Numero de Acadêmicos
Administração - Diurno	55
Administração - Noturno	64
Agronomia - Integral	77
Arquitetura e Urbanismo - Integral	81
Arquivologia - Noturno	37
Artes Cênicas - Diurno	41
Artes Visuais - Licenciatura - Diurno	27
Artes Visuais – Licenciatura - Noturno	28
Biblioteconomia - Noturno	26
Biomedicina - Integral	25
Ciência da Computação - Integral	27
Ciências Biológicas - Integral	57
Ciências Contábeis - Diurno	42
Ciências Contábeis - Noturno	59
Ciências Econômicas - Diurno	23
Ciências Econômicas - Noturno	47
Ciências Sociais - Diurno	38
Ciências Sociais - Noturno	38
Comunicação Social - Jornalismo - Diurno	33
Comunicação Social - Jornalismo - Noturno	31
Comunicação Social - Relações Públicas - Diurno	20
Comunicação Social - Relações Públicas - Noturno	23
Design de Modas - Diurno	21
Design Gráfico - Diurno	30
Direito - Diurno (Matutino e Vespertino)	142
Direito - Noturno	75
Educação Física - Bacharelado - Diurno	43
Educação Física - Bacharelado - Noturno	30
Educação Física – Licenciatura - Diurno	57
Educação Física - Licenciatura - Noturno	32
Enfermagem - Integral	56
Engenharia Civil - Integral	75
Engenharia elétrica - Integral	36
	“Continua”

Esporte - Integral	68
Farmácia - Integral	54
Filosofia - Licenciatura - Noturno	28
Física - Bacharelado - Noturno	9
Física – Licenciatura - Diurno	46
Fisioterapia - Integral	52
Geografia - Diurno	32
Geografia - Noturno	24
Historia - Licenciatura - Diurno	25
Historia – Licenciatura - Noturno	43
Letras - Noturno (Espanhol e Inglês)	96
Letras - Diurno (Letras Estrangeiras e Vernáculas)	79
Matemática – Bacharelado - Diurno	24
Matemática – Licenciatura - Noturno	28
Medicina - Integral	92
Medicina Veterinária - Integral	86
Música - Licenciatura - Diurno	20
Odontologia - Integral	34
Pedagogia - Diurno	35
Pedagogia - Noturno	34
Psicologia - Integral	94
Química - Bacharelado - Integral	37
Química - Licenciatura - Noturno	35
Secretariado Executivo - Noturno	26
Serviço Social - Diurno	32
Serviço Social - Noturno	37
Zootecnia - Integral	41
Total	2.738

4.3 COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário de comportamentos de risco **NCHA II** (*National College Health Assessment II*), (ANEXO) criado pela American College Health Association (ACHA) em 1998, com tradução do idioma original em inglês para o português e adaptação transcultural validados por GUEDES; TEIXEIRA (2012).

O questionário é constituído de 65 questões, divididas em: indicadores sociodemográficos, além dos seguintes aspectos dos comportamentos

de risco: (a) saúde, educação em saúde e segurança; (b) bebida alcoólica, tabaco e outras drogas; (c) comportamento sexual e contracepção; (d) peso corporal, nutrição e exercício físico; (e) saúde mental; (f) saúde física; e (g) dificuldades para o desempenho acadêmico, quadro 9.

Quadro 9 – Identificação dos comportamentos de risco e os itens do questionário aplicado na pesquisa (NCHA II).

Comportamentos de Risco	Itens
Saúde, Educação em Saúde e Segurança	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7
Bebida Alcoólica, Tabaco e outras Drogas	8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18
Comportamento Sexual e Contracepção	19; 20; 21; 22; 23; 24; 25
Peso Corporal, Nutrição e Exercício Físico	26; 27; 28; 29
Saúde Mental	30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37
Saúde Física	38; 39; 40; 41; 42; 43; 44
Dificuldades para o Desempenho Acadêmico	45
Características Demográficas	46; 47; 48; 49; 50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65.

Após a identificação dos cursos, salas, e turmas, foi feito o contato com os diretores dos referidos centros as chefias dos departamentos. Em seguida os coordenadores dos colegiados de curso e os docentes das determinadas turmas para informar sobre o contexto da pesquisa. Posto Isto foram agendados previamente com os docentes, os dias e horários para a coleta dos dados. No dia programado, o pesquisador, com os números previamente sorteados, dos que seriam entrevistados, visitou a turma agendada para a realização da pesquisa.

Na sequência, os universitários participantes do estudo receberam o questionário **NCHA II**, com instruções e recomendações para o seu preenchimento, não sendo estabelecido limite de tempo para o seu término.

O questionário foi respondido individualmente e as eventuais dúvidas manifestadas pelos respondentes foram prontamente esclarecidas pelo pesquisador, acompanhado por outros pesquisados que foram devidamente treinados para tal, que estiveram acompanhando a coleta de dados. Após o preenchimento do questionário, este foi armazenado pelo respondente em uma urna com todos os demais, aumentando dessa forma, a possibilidade de anonimato.

4.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Foram empregados os recursos da estatística descritiva de frequência absoluta, relativa, e os intervalos de confiança a 95%, com para a caracterização sociodemográfica da amostra, estratificados de acordo com os gêneros, grupo etário, etnia, jornada de trabalho, ano/série, área, situação conjugal e turno de estudo.

As prevalências dos desfechos foram determinadas a partir de uma das alternativas de respostas de cada item do questionário, das questões que se referem aos comportamentos: segurança, uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, atividade sexual e contracepção, peso corporal, nutrição e o exercício físico, a saúde física e mental, que podem levar a lesões intencionais e não intencionais, seguindo as orientações metodológicas do *NCHA II*. Para tanto, as respostas foram dicotomizadas em “com risco” e “proteção de risco”, e foram calculados os intervalos de confiança de 95% para a prevalência dos aspectos contemplados.

O teste do Qui-Quadro foi utilizado a fim de verificar eventuais diferenças significativas entre ambos os gêneros.

Para estabelecer a magnitude com que os indicadores sociodemográficos possam estar associados aos comportamentos de risco para a saúde recorreu-se aos cálculos dos valores de *odds* e intervalos de confiança de 95%, ajustados, para as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ no teste do qui quadrado, estabelecidos por intermédio da utilização da análise de regressão logística binária.

Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico computadorizado SPSS – Statistics Package for Social Sciences, versão 17.0.

5. RESULTADOS

Com relação aos indicadores sociodemográficos, dos 2.738 universitários selecionados na amostra, 57,8% são do gênero feminino, 75,5% deles apresentam idades entre 18 e 23 anos e 74,3% são de cor de pele branca. No momento em que os dados do estudo foram coletados 90,8% dos universitários eram solteiros, 63,1% residiam com seus familiares, 7,1% no residencial no Campus Universitário e 27,2% residiam em repúblicas estudantis ou sozinhas.

Além dos estudos, 22,5% dos universitários pesquisados referiu possuir jornada de trabalho remunerado \leq 20 horas/semana e outros 11,7% jornada de trabalho remunerado \geq 40 horas/semana. Quanto às áreas de estudo, 19,4% dos universitários frequentam cursos nas áreas Exatas, 31,1% das áreas Biológicas e da Saúde, 21,6%, Humanas e 22,8%, Jurídicas, Econômicas e Administração.

Com relação ao turno que frequentam as aulas, 28,7% dos universitários estão matriculados no período diurno, 32,3%, no noturno e 39,0%, no período integral. A distribuição nos anos/séries de curso varia de 27,7% (1º ano) a 24,3% (\geq 4º ano).

Os indicadores sociodemográficos da amostra analisada no estudo estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Indicadores sociodemográficos da amostra de universitários analisada no estudo da Universidade Estadual Londrina, Paraná – 2013.

	Moças (n=1.584) 57,8%	Rapazes (n=1.154) 42,2%	Ambos os Gêneros (n=2.738)
Idade			
17-20 anos	765 (48,2%)	478 (41,4%)	1.243 (45,4%)
21-23 anos	519 (32,8%)	395 (34,2%)	914 (33,3%)
24-26 anos	139 (8,8%)	150 (13,0%)	289 (10,6%)
<26 anos	161 (10,2%)	131 (11,4%)	292 (10,7%)
Cor da pele			
Branca	1.202 (75,9%)	834 (72,3%)	2.036 (74,3%)
Não Branca	382 (24,1%)	320 (27,7%)	702 (25,7%)
Situação Conjugal			
Solteiro	1.433 (90,5%)	1054 (91,3%)	2.487 (90,8%)
Casado/Vive Junto	117 (7,4%)	83 (7,2%)	200 (7,3%)
Separado/Divorciado/Viúvo	34 (2,3%)	17 (1,5%)	51 (1,9%)
Moradia			
Residencial no Campus Universitário	111 (7,0%)	84 (7,2%)	195 (7,1%)
República Estudantil	228 (14,4%)	161 (14,0%)	389 (14,2%)
Familiares/não familiares	1.049 (66,2%)	750 (65,0%)	1.799 (65,7%)
Sozinho	196 (12,4%)	159 (13,8%)	355 (13,0%)
Trabalho Remunerado			
Não Trabalha	791 (49,9%)	544 (47,1%)	1.335 (48,7%)
<20 horas	387 (24,4%)	230 (20,0%)	617 (22,5%)
20-39 horas	264 (10,2%)	203 (17,6%)	467 (17,1%)
≥ 40 horas	142 (5,5%)	177 (15,3%)	319 (11,7%)
Área de Estudo			
Exatas	245 (15,5%)	285 (24,7%)	530 (19,4%)
Biológicas e Saúde	518 (32,7%)	334 (28,9%)	852 (31,1%)
Jurídicas, Econômicas e Administração	343 (21,7%)	280 (24,3%)	623 (22,8%)
Humanas	478 (30,1%)	255 (22,1%)	733 (19,7%)
Período de Estudo			
Diurno	485 (30,6%)	302 (26,2%)	787 (28,7%)
Noturno	499 (31,5%)	384 (33,3%)	883 (32,3%)
Integral	600 (37,9%)	468 (40,5%)	1.068 (39,0%)
Ano de Estudo			
1º Ano	437 (27,6%)	321 (27,8%)	758 (27,7%)
2º Ano	396 (25,0%)	261 (22,6%)	657 (24,0%)
3º Ano	368 (23,2%)	290 (25,2%)	658 (24,0%)
≥4º Ano	383 (24,2%)	282 (24,4%)	665 (24,3%)

Com relação às prevalências de comportamentos que podem contribuir para a ocorrência de lesões não intencionais, a tabela 2 apresenta as condutas assumidas pelos universitários quanto à segurança pessoal. Neste caso, ainda que, no Brasil, o uso obrigatório do cinto de segurança esteja previsto na legislação de trânsito, 2,5% daqueles que dirigem carro apontaram raramente ou nunca usarem o cinto de segurança quando estão ao volante. Outros 5,8% alegaram usar o cinto de segurança tão somente algumas vezes, nos últimos 12 meses que antecederam a aplicação do questionário.

Prevalência de 2,7% dos acadêmicos relatou não usar capacete “nunca ou raramente”, enquanto que 0,9% afirmaram “algumas vezes”. Proporção significativamente maior de moças assumiu não ter usado o capacete “nunca ou raramente” nos últimos 12 meses (3,2% versus 2,0%).

Por volta de 7% dos universitários de ambos os gêneros indicaram que nos últimos 30 dias pelo menos uma vez haviam dirigido um veículo motorizado após ter ingerido bebida alcoólica. Proporção significativamente maior de moças assumiu que haviam dirigido um veículo motorizado após ter ingerido bebida alcoólica nos últimos 12 meses (24,1% versus 11,7%). Durante o mesmo período, 4,4% das moças e 11,7% dos rapazes assumiram ter dirigido um veículo motorizado após ingerir 5 ou mais doses de bebida alcoólica, com diferença significativamente e maior proporção entre os rapazes.

Tabela 2: Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95% de comportamentos que contribuem para a ocorrência de lesões não intencionais em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Ambos os Gêneros (n=2738)	Rapazes (n=1154)	Moças (n=1584)	<i>p</i>
Uso do cinto de segurança quando andou de carro, nos últimos 12 meses				
Eu não andei desses veículos/12 meses	0,9 (0,6-1,3)	1,2 (0,7-2,0)	0,6 (0,3-1,8)	ns
Nunca/Raramente	2,5 (1,9-3,1)	2,6 (1,8-3,7)	2,5 (1,8-3,4)	ns
Algumas Vezes	5,8 (4,9-6,7)	5,4 (4,2-6,8)	6,1 (4,9-7,3)	ns
Maioria das Vezes/Sempre	90,8 (89,6-91,8)	90,8 (89,0-92,3)	90,8 (89,2-92,1)	ns
Uso de capacete quando andou de motocicleta, nos últimos 12 meses				
Eu não andei desses veículos/12 meses	33,2 (31,4-34,9)	31,9 (29,2-34,6)	34,3(32,0-36,6)	ns
Nunca/Raramente	2,7 (2,1-3,3)	2,0 (1,3-2,9)	3,2 (2,4-4,2)	0,050
Algumas Vezes	0,9 (0,6-1,3)	0,9 (0,4-1,6)	0,9 (0,5-1,5)	ns
Maioria das Vezes/Sempre	63,2 (61,3-64,9)	65,2 (62,4-67,8)	61,6 (59,2-64,0)	0,050
Dirigir veículo motorizado após consumir alguma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias				
Não dirigiu nos últimos 30 dias	30,8 (29,0-32,5)	26,8 (24,3-29,4)	33,7 (31,4-36,1)	<0,001
Não bebeu nos últimos 30 dias	10,3 (9,2-11,4)	11,0 (9,3-12,9)	9,4 (8,0-10,9)	ns
Não	41,9 (40,0-44,7)	43,5 (40,6-46,4)	39,8 (37,4-42,2)	0,050
Sim	17,0 (15,6-18,4)	11,7 (10,0-13,7)	24,1 (22,0-26,3)	<0,001
Dirigir veículo motorizado após consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica nos últimos 30 dias				
Não dirigiu nos últimos 30 dias	30,2 (28,5-32,0)	26,4 (23,9-28,9)	33,1 (30,8-35,4)	<0,001
Não bebeu nos últimos 30 dias	9,8 (8,7-10,9)	8,8 (7,2-10,5)	10,5 (9,0-12,1)	ns
Não	51,9 (50,0-53,7)	51,9 (49,0-54,8)	52,0 (49,5-54,4)	ns
Sim	8,1 (7,1-9,2)	13,0 (11,2-15,0)	4,4 (3,5-5,5)	<0,001

No que se refere às prevalências de comportamentos que podem contribuir para a ocorrência de lesões intencionais apresentada na tabela 3, pode-se observar que 6,8% relataram ter se envolvido em luta corporal nos últimos 12 meses. Proporção significativamente maior de moças assumiu que haviam se envolvido em luta corporal nos últimos 12 meses (7,4% versus 5,9%).

Quanto a serem agredidos fisicamente (não incluído violência sexual) nos últimos 12 meses, 6,0% dos entrevistados no estudo afirmaram que sim, com Proporção significativamente superior nos rapazes (7,5% versus 4,5%). No que se refere a ter sido ameaçado verbalmente nos últimos 12 meses, 21,8% de ambos os gêneros, relataram que sim. Proporção significativamente superior de moças relatou ter sido ameaçada verbalmente nos últimos 12 meses, (7,9% versus 7,2%).

Considerando ambos os gêneros, 6,7% da amostra de universitários selecionada no estudo relataram ter considerado seriamente a possibilidade de suicídio, 1,2% nas últimas 2 semanas, 0,9% nos últimos 30 dias e 4,6% nos 12 meses. Desse total, 1,3% avançou nesta possibilidade chegando a concretizaram a tentativa de suicídio, sendo 0,2% nas últimas 2 semanas, 0,1% nos últimos 30 dias e 1,0% nos 12 meses. E ainda, 7,1% dos universitários entrevistados relataram que se machucou, feriu-se, cortou-se ou se queimou intencionalmente, 2,0% nas últimas 2 semanas, 1,5% nos últimos 30 dias e 4,6% nos 12 meses.

Tabela 3: Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95% de comportamentos que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Ambos os Gêneros (n=2738)	Rapazes (n=1154)	Moças (n=1584)	<i>p</i>
Envolveu-se em luta corporal nos últimos 12 meses	6,8 (5,9-7,8)	5,9 (4,6-7,4)	7,4 (6,2-8,8)	ns
Agredido fisicamente (não incluído violência sexual) nos últimos 12 meses	6,0 (5,1-6,9)	7,5 (6,0-9,1)	4,5 (3,5-5,6)	0,004
Ameaçado verbalmente nos últimos 12 meses	21,8 (20,3-23,4)	7,2 (5,8-8,8)	7,9 (6,6-9,3)	<0,001
Pensou seriamente em se suicidar				
Não, nunca na minha vida	81,5 (79,9-82,9)	81,6 (79,2-83,6)	81,3 (79,3-83,1)	ns
Não, nos últimos 12 meses	11,8 (10,6-13,0)	12,0 (10,2-13,9)	11,7 (10,1-13,3)	ns
Sim, nas últimas 2 semanas	1,2 (0,8-1,6)	1,1 (0,8-2,0)	1,3 (0,8-2,2)	ns
Sim, nos últimos 30 dias	0,9 (0,6-1,3)	1,3 (0,6-1,9)	0,7 (0,4-1,2)	ns
Sim, nos últimos 12 meses	4,6 (3,8-5,4)	4,0 (3,0-5,3)	5,1 (4,1-6,3)	ns
Tentou suicídio				
Não, nunca na minha vida	93,3 (92,3-94,1)	93,2 (91,5-94,4)	93,4 (92,0-94,5)	ns
Não, nos últimos 12 meses	5,4 (4,6-6,3)	1,1 (0,6-1,9)	0,9 (0,5-1,5)	ns
Sim, nas últimas 2 semanas	0,2 (0,08-0,4)	5,4 (4,2-6,8)	5,4 (4,3-6,6)	ns
Sim, nos últimos 30 dias	0,1 (0,04-0,3)	0,3 (0,09-0,7)	0,2 (0,06-0,5)	ns
Sim, nos últimos 12 meses	1,0 (0,6-1,4)	0,1 (0,02-0,5)	0,1 (0,03-0,4)	ns
Machucou, feriu-se, cortou-se ou se queimou intencionalmente				
Não, nunca na minha vida	76,3 (74,6-77,8)	75,1 (72,5-77,5)	76,9 (74,7-78,9)	ns
Não, nos últimos 12 meses	15,6 (14,2-17,0)	16,7 (14,7-19,0)	14,8 (13,1-16,6)	ns
Sim, nas últimas 2 semanas	2,0 (1,5-2,6)	1,8 (1,2-2,7)	2,2 (1,6-3,0)	ns
Sim, nos últimos 30 dias	1,5 (1,1-2,0)	4,7 (3,6-6,0)	4,6 (3,7-5,7)	ns
Sim, nos últimos 12 meses	4,6 (3,8-5,4)	1,6 (1,0-2,4)	1,5 (1,0-2,2)	ns

Quanto aos comportamentos relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas apresentados na Tabela 4, pode-se verificar que quanto ao uso de tabaco, maior proporção de rapazes (37,8%) em comparação com as moças (26,0%) apontou já ter experimentado fumar cigarro pelo menos uma vez na vida. Desses, 16,3% dos universitários de ambos os gêneros relataram ter usado, mas não nos últimos 30 dias, 5,2% relatam usar de 1-5 dias, 3,1%, 6-19 dias, 1,2% de 20-29 dias e 5,2% afirmaram o uso diariamente, nos últimos 30 dias que antecedeu a coleta dos dados. Além de apresentar significativamente maior proporção de fumantes de 1-5 dias, (7,3% versus 3,7%), os rapazes também relataram maior prevalência no uso do tabaco diariamente, (7,6% versus 3,5%), nos últimos 30 dias.

As estimativas de prevalência apontam que a bebida alcoólica foi a substância psicoativa mais comumente utilizada entre os universitários. Em proporções diferentes em ambos os gêneros, 79,1% dos universitários relataram já ter ingerido pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Proporção significativamente maior dos rapazes relatou ter ingerido pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, (81,7% versus 77,1%).

Tão somente 19,5% dos universitários de ambos os gêneros relataram ter usado bebida alcoólica, mas não nos últimos 30 dias, com proporção significativamente maior entre as moças (23,1% versus 17,1%), 29,3% relatam beber de 1-5 dias, com significativamente maior proporção entre as moças (31,1% versus 26,8%), 24,8%, de 6-19 dias, com proporção significativamente entre os rapazes, (30,2% versus 20,8%) e se considerarmos de 20-29 dias e o uso diariamente, observou-se neste caso uma prevalência de 5,5%, nos últimos 30 dias que antecedeu a coleta dos dados, com proporção significativamente superior entre os rapazes (5,8% versus 3,4%) e (1,8% versus 0,6%), respectivamente.

O consumo pesado de bebida alcoólica caracterizado com a ingestão de 4 ou mais doses em uma mesma ocasião, referente a última festa que confraternizou-se com os amigos, foi relatado por 32,6% das moças e 48,3% dos rapazes, com diferença significativa e maior proporção entre os rapazes.

Com relação ao uso de maconha, significativamente maior proporção de rapazes relatou já ter utilizado uma das drogas apontadas pelo instrumento. Todavia 20,8% dos rapazes relataram já ter experimentado maconha em algum momento de sua vida, 2,9%, usa diariamente. No caso das moças, essas proporções foram de 20,5% e 0,9%, respectivamente.

O uso diário de cocaína não foi apontado por nenhum dos universitários participantes do estudo. Porém, o uso de qualquer forma de cocaína, em pó, pedra ou pasta, uma ou mais vezes na vida foi reportado por 5,8% dos universitários, com proporção significativamente superior entre os rapazes (9,1% versus 3,4%).

Entre os universitários que afirmaram o uso de anabolizantes, apenas 1,1% de ambos os gêneros afirmaram ter usado de qualquer forma, com proporção significativamente superior entre os rapazes (2,2% versus 0,4%).

Tabela 4: Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95% de comportamentos relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas em estudantes da Universidade Estadual de Londrina do Paraná – 2013.

	Ambos os Gêneros (n=2738)	Rapazes (n=1154)	Moças (n=1584)	<i>p</i>
Cigarro nos últimos 30 dias				
Nunca usou	69,0 (67,2-70,7)	62,2 (59,3-65,0)	74,0 (71,7-76,1)	<0,001
Usou, mas não nos últimos 30 dias	16,3 (14,9-17,7)	17,8 (15,6-20,1)	15,2 (13,5-17,0)	ns
1-5 dias	5,2 (4,4-6,1)	7,3 (5,9-8,9)	3,7 (2,9-4,7)	<0,001
6-19 dias	3,1 (2,5-3,8)	3,6 (2,6-4,7)	2,6 (1,9-3,5)	ns
20-29 dias	1,2 (0,8-1,7)	1,5 (0,9-2,3)	1,0 (0,6-1,6)	ns
Uso diariamente	5,2 (4,4-6,1)	7,6 (6,2-9,3)	3,5 (2,7-4,5)	<0,001
Bebida alcoólica nos últimos 30 dias				
Nunca usou	20,9 (19,4-22,4)	18,3 (16,1-20,6)	22,9 (20,9-25,0)	0,004
Usou, mas não nos últimos 30 dias	19,5 (18,0-21,0)	17,1 (15,0-19,3)	23,1 (21,1-25,2)	0,006
1-5 dias	29,3 (27,6-31,0)	26,8 (24,3-29,4)	31,1 (28,8-33,4)	0,015
6-19 dias	24,8 (23,2-26,4)	30,2 (27,5-32,8)	20,8 (18,8-22,8)	<0,001
20-29 dias	4,4 (3,7-5,2)	5,8 (4,6-7,3)	3,4 (2,6-4,4)	0,003
Uso diariamente	1,1 (0,7-1,5)	1,8 (1,2-2,7)	0,6 (0,3-1,1)	0,004
Número de doses ingeridas de bebidas alcoólicas na última festa/confraternização				
Não tomou	33,1 (31,3-34,8)	29,8 (27,2-32,5)	35,5 (33,1-37,8)	0,002
1 a 3 doses	27,7 (26,0-29,4)	21,9 (19,6-24,4)	31,9 (29,6-34,2)	<0,001
4 a 6 doses	19,2 (1,8-20,7)	20,4 (18,1-22,8)	18,3 (16,5-20,3)	ns
7 a 10 doses	11,9 (10,7-13,1)	15,6 (13,6-17,8)	9,2 (7,9-10,7)	<0,001
> de 10 doses	8,1 (7,1-9,2)	12,3 (10,5-14,3)	5,1 (4,1-6,3)	<0,001
Maconha nos últimos 30 dias				
Nunca usou	75,6 (73,9-77,1)	70,2 (67,4-72,7)	79,5 (77,4-81,4)	<0,001
Usou, mas não nos últimos 30 dias	13,8 (12,5-15,1)	16,3 (14,2-18,5)	11,9 (10,3-13,5)	0,001
1-5 dias	5,1 (4,3-6,0)	5,9 (4,6-7,4)	4,6 (3,7-5,7)	ns
6-19 dias	2,8 (2,2-3,4)	3,4 (2,5-4,6)	2,3 (1,6-3,1)	ns
20-29 dias	1,1 (0,7-1,5)	1,4 (0,8-2,2)	0,8 (0,4-1,4)	ns
Uso diariamente	1,6 (1,2-2,1)	2,9 (2,0-4,0)	0,8 (0,4-1,4)	<0,001
Cocaina (pó, crack/pasta) nos últimos 30 dias				
Nunca usou	94,2 (93,2-95,0)	90,9 (89,1-92,4)	96,7 (95,7-97,5)	<0,001
Usou, mas não nos últimos 30 dias	4,5 (3,8-5,3)	6,4 (5,1-7,9)	3,1 (2,3-4,0)	<0,001
1-5 dias	0,9 (0,6-1,3)	1,8 (1,2-2,7)	0,3 (0,1-0,7)	<0,001
6-19 dias	0,3 (0,1-0,5)	0,7 (0,3-1,3)	0,1 (0,03-0,4)	0,001
20-29 dias	0,1 (0,04-0,3)	0,2 (0,05-0,6)	0,0 (0,0-0,0)	ns
Uso diariamente	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	ns
Anabolizantes nos últimos 30 dias				
Nunca usou	98,9 (98,0-99,9)	97,8 (96,7-98,4)	99,6 (99,1-99,8)	<0,001
Usou, mas não nos últimos 30 dias	0,8 (0,5-1,2)	1,4 (0,8-2,2)	0,4 (0,1-0,8)	0,004
1-5 dias	0,0 (0,0-0,0)	0,1 (0,02-0,4)	0,0 (0,0-0,0)	ns
6-19 dias	0,2 (0,08-0,4)	0,5 (0,2-1,1)	0,0 (0,0-0,0)	0,004
20-29 dias	0,1 (0,04-0,3)	0,2 (0,05-0,6)	0,0 (0,0-0,0)	ns
Uso diariamente	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	ns

Na Tabela 5 são apresentados os comportamentos relacionados à atividade sexual relatado pelos universitários.

Considerando o número de parceiros na relação sexual, nos últimos 12 meses, 58,6% apontaram já terem tido relação sexual com 1 a 3 parceiros, com proporção significativamente superior entre as moças (61,7% versus 54,2%), relação sexual com 4 a 6 parceiros, 7,3% em ambos os gêneros, com proporção significativamente superior entre os rapazes (11,5% versus 4,3%) e com 7 ou mais parceiros, 4,8%, entre ambos os gêneros, com proporção significativamente superior entre os rapazes (8,2% versus 2,3%). Com relação ao gênero do parceiro durante a relação sexual, 32,6% dos universitários afirmou que foi com o gênero feminino, com significativa maior proporção entre os rapazes (68,0% versus 6,7%), já relação com o gênero masculino, 41,5% dos universitários apontaram que sim, com proporção significativamente superior entre as moças (65,2% versus 0,9%). Ambos os gêneros relataram que apenas 0,5% tiveram relação sexual com transexuais, não apontando diferença significativa.

Quanto ao tipo de relação sexual, os universitários indicaram a relação sexual oral como a de maior prevalência, com 70,2% afirmando já ter tido este tipo de relação. Destes 45,4% foram nos últimos 30 dias, com significativa maior proporção entre os rapazes (48,3% versus 43,3%). Na relação sexual vaginal, com 69,7% dos acadêmicos afirmaram já ter tido este tipo de relação, destes 49,2% foram nos últimos 30 dias, não havendo diferença significativa entre os gêneros. Tão somente 32,1% dos entrevistados relataram ter experiência com relação sexual anal, sendo que destes, 10,5% foram nos últimos 30 dias que antecederam a aplicação do questionário, com significativa maior proporção entre os rapazes (14,4% versus 7,7%).

A contracepção também foi relatada pelos universitários e verificou-se que 72,7% das moças afirmaram usar na última relação sexual vaginal, como medida de prevenção da gravidez. O preservativo masculino foi usado por 73,5% dos rapazes e tão somente 1,1% das moças relataram utilizar o preservativo feminino. Quanto ao controle da data da fertilidade e o coito interrompido foram utilizados por 10,7% e 17,6%, respectivamente em ambos os gêneros, não apresentando proporções significativamente entre os gêneros.

Quanto a serem assediados sexualmente nos últimos 12 meses que antecederam a coleta dos dados, 6,9% dos entrevistados de ambos os gêneros

afirmaram que sim, com proporção significativa maior entre as moças (8,5% versus 4,8%). Já no caso da penetração sexual sem o consentimento, somente 0,2% dos rapazes e 0,9% das moças responderam que sim, com uma proporção significativamente superior entre as moças.

Tabela 5: Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95% de comportamentos relacionados à atividade sexual e contracepção em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Paraná – 2013.

	Ambos os Gêneros (n=2738)	Rapazes (n=1154)	Moças (n=1584)	<i>p</i>
Número de parceiros sexuais, nos últimos 12 meses				
Não teve relação sexual	29,3 (27,6-31,0)	26,1 (23,6-28,7)	31,7 (29,4-34,0)	0,001
1-3 parceiros	58,6 (56,7-60,4)	54,2 (51,8-57,5)	61,7 (59,2-64,0)	<0,001
4-6 parceiros	7,3 (6,3-8,3)	11,5 (9,8-13,5)	4,3 (3,4-5,4)	<0,001
7-10 parceiros	2,4 (1,9-3,0)	4,5 (3,4-5,8)	0,9 (0,5-1,5)	<0,001
> 10 parceiros	2,4 (1,9-3,0)	3,7 (2,8-4,9)	1,4 (0,9-2,1)	<0,001
Gênero do parceiro nas relações sexuais, nos últimos 12 meses				
Mulheres	32,6 (30,8-34,3)	68,0 (65,3-70,6)	6,7 (5,5-8,0)	<0,001
Homens	41,5 (39,6-43,3)	0,9 (0,4-1,6)	65,2 (62,8-67,5)	<0,001
Transsexuais	0,5 (0,3-0,8)	0,3 (0,1-0,7)	0,8 (0,5-1,4)	ns
Relação sexual oral, nos últimos 30 dias				
Não, nunca teve este tipo de relação sexual	29,8 (28,1-31,5)	25,0 (22,5-27,5)	33,3 (31,0-35,6)	<0,001
Já teve, mas não nos últimos 30 dias	24,8 (23,2-26,4)	26,7 (24,2-29,2)	23,4 (21,3-25,5)	0,046
Sim	45,4 (43,5-47,2)	48,3 (45,4-51,1)	43,3 (40,9-45,7)	0,011
Relação sexual vaginal, nos últimos 30 dias				
Não, nunca teve este tipo de relação sexual	30,3 (28,6-32,0)	28,4 (25,9-31,1)	31,7 (29,4-34,0)	ns
Já teve, mas não nos últimos 30 dias	20,5 (19,0-22,0)	23,0 (20,6-25,5)	18,6 (16,7-20,5)	0,005
Sim	49,2 (47,3-51,0)	48,6 (45,7-51,5)	49,7 (47,2-52,1)	ns
Relação sexual anal, nos últimos 30 dias				
Não, nunca teve este tipo de relação sexual	67,9 (66,1-69,9)	58,0 (55,1-60,8)	75,1 (72,8-77,1)	<0,001
Já teve, mas não nos últimos 30 dias	21,6 (20,0-23,1)	27,6 (25,0-30,2)	17,2 (15,4-19,1)	<0,001
Sim	10,5 (9,3-11,7)	14,4 (12,5-16,5)	7,7 (6,5-9,1)	<0,001
Na última relação sexual com penetração vaginal, uso de algum método para prevenir gravidez				
Pílula anticoncepcional	67,9 (65,3-70,0)	61,4 (57,8-64,8)	72,7 (69,8-75,5)	<0,001
Preservativo masculino	68,8(66,5-71,0)	73,5 (70,2-76,6)	65,5 (62,4-68,3)	0,002
Preservativo feminino	1,3 (0,8-1,9)	1,1 (0,5-2,1)	1,3 (0,7-2,2)	ns
Controle de data de fertilidade	10,7 (9,3-12,2)	10,3 (8,3-12,7)	10,9 (9,1-13,0)	ns
Coito interrompido	17,6 (15,8-19,4)	16,8 (14,3-16,5)	18,2 (15,9-20,7)	ns
Assediado sexualmente nos últimos 12 meses				
Penetração sexual sem consentimento, nos últimos 12 meses	6,9 (6,1-7,9)	4,8 (3,7-6,1)	8,5 (7,2-9,9)	<0,001
	0,6 (0,3-0,9)	0,2 (0,09-0,7)	0,9 (0,5-1,5)	0,016

Na Tabela 6, observou-se pelos resultados obtidos entre os acadêmicos entrevistados que 38,8% descreve sua saúde como excelente ou muito boa, com proporção significativamente maior entre os rapazes (45,8% versus 33,7%), 59,2% relata como boa ou razoável, com proporção maior significativa entre as moças (64,3% versus 52,1%). Tão somente 2,0% dos universitários indicaram que sua saúde é ruim ou não sabia descrever, não apresentado proporção entre os gêneros.

Os comportamentos relatados pelos universitários quanto à percepção do peso corporal demonstraram que em comparação entre os gêneros, não houve diferença proporcional em nenhuma das respostas apresentadas. Na percepção ligeiramente ou muito abaixo do que se espera apresentou uma prevalência de 17,6%. No peso ideal, foi relatado pelos acadêmicos em 34,6%, e ligeiramente ou muito acima do se espera, foi apontada com 47,8 % em ambos os gêneros.

A maioria dos rapazes (81,4%) e moças (80,5%) relatou ter tomado qualquer iniciativa para alterar o próprio peso corporal nos últimos 30 dias, sendo que para diminuir ou manter o peso corporal apresentou as maiores prevalências em ambos os gêneros, 62,4% dos rapazes e 64,4% das moças. Destes, 58,6% adotaram a dieta como instrumento para diminuir ou manter o peso corporal, com proporção significativamente maior entre os rapazes (61,8% versus 53,7%).

Provocar vômitos ou laxantes apresentou prevalência com maior proporção significativa entre os rapazes com 9,9%, enquanto que as moças 6,9%, já o uso de pílulas dietéticas apresentou resultados inferiores aos demais, com 2,8% entre os gêneros, não apresentando diferença significativa entre as moças e rapazes.

Quanto aos comportamentos relacionados aos hábitos alimentares, foi solicitado dos universitários que apontasse a frequência com que consumiram porções de frutas e/ou vegetal usualmente por dia. Comparando as prevalências observadas em ambos os gêneros, verifica-se que não haver diferenças significativas na frequência de consumo do número de porções dos alimentos apresentados no instrumento. Os maiores percentuais observados foram de 1 a 2 porções/dias com 64,5% em ambos os gêneros, por seguinte de 3 a 4 porções/dia com 17,1% e ≥ 5 porções/dia com 3,0%.

Outro comportamento analisado pelo NCHA II nesta pesquisa foi em relação às horas de sono relatadas pelos universitários. Quando questionado se eles dormiram o suficiente sentindo-se adequadamente descansado ao acordar pela manhã, nos últimos 30 dias, diferenças significativas foram observadas entre as moças (18,6% versus 15,5%) quando o relato foi nenhum dia. Entre 1 e 2 dias houve uma prevalência de 33,2% em ambos os gêneros, com proporção significativa maior entre as moças (34,8% versus 31,3%), de 3 a 4 dias apresentou prevalência de 27,8% em ambos os gêneros, não apresentando diferenças proporcionais entre eles. No entanto maiores proporções significativas foram encontradas entre os rapazes (23,4% versus 20,2%), quando observado a prevalência de dormir o suficiente sentindo-se adequadamente descansado ao acordar pela manhã, entre 5 e 7 dias, $p < 0,05$.

Tabela 6: Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95% de comportamentos relacionados à saúde, controle de peso corporal, alimentação e horas de sono em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Ambos os Gêneros (n=2738)	Rapazes (n=1154)	Moças (n=1584)	p
Como descreve sua saúde				
Excelente/muito boa	38,8 (36,9-40,6)	45,8 (42,9-48,6)	33,7 (31,4-36,1)	<0,001
Boa/razoável	59,2 (57,3-61,0)	52,1 (49,2-54,9)	64,3 (61,9-66,6)	<0,001
Ruim/não sei	2,0 (1,5-2,6)	2,1 (1,4-3,8)	2,0 (1,4-2,8)	ns
Percepção quanto ao peso corporal				
Muito abaixo do que espero	3,1 (2,5-3,8)	3,0 (2,2-4,2)	3,1 (2,3-4,7)	ns
Ligeiramente abaixo do que espero	14,5 (13,2-15,8)	15,8 (13,8-17,9)	13,7 (12,1-15,5)	ns
No peso ideal	34,6 (32,8-36,4)	33,8 (31,2-36,6)	35,2 (32,8-37,5)	ns
Ligeiramente acima do que espero	39,0 (37,1-40,8)	39,6 (36,8-42,4)	38,5 (36,1-41,0)	ns
Muito acima do que espero	8,8 (7,8-9,9)	7,8 (6,4-9,5)	9,5 (8,1-11,0)	ns
Tomou alguma iniciativa para modificar o peso corporal				
Nunca tomou qualquer iniciativa	19,1 (17,6-20,6)	18,6 (36,9-40,6)	19,5 (17,6-21,5)	ns
Sim; para manter o mesmo peso corporal	16,6 (15,2-18,0)	17,0 (16,5-21,0)	16,4 (14,6-18,3)	ns
Sim; para diminuir o meu peso corporal	46,9 (45,0-48,7)	45,4 (42,5-48,0)	48,0 (45,5-50,4)	ns
Sim; para aumentar o meu peso corporal	17,4 (16,0-18,8)	19,0 (16,8-21,3)	16,1 (14,3-18,0)	0,048
Iniciativa, como fazer dieta para perder/manter o peso corporal, nos últimos 30 dias	58,0 (56,1-59,8)	61,8 (59,0-64,4)	53,7 (51,2-56,1)	<0,001
Provocou vômito ou laxantes para perder/manter o peso corporal, nos últimos 30 dias	9,0 (7,9-10,1)	9,9 (8,3-11,7)	6,9 (5,7-8,2)	0,036
Usou pílula dietética para perder/manter o peso corporal, nos últimos 30 dias	2,8 (2,2-3,4)	2,3 (1,5-3,3)	3,2 (2,4-4,2)	ns
Número de porções de frutas e/ou vegetais usualmente come por dia				
Nenhuma porção/dia	15,4 (14,0-16,7)	14,9 (13,0-17,1)	16,1 (14,3-18,0)	ns
1-2 porções/dia	64,5 (62,6-66,2)	65,5 (62,7-68,2)	64,3 (61,9-66,6)	ns
3-4 porções/dia	17,1 (15,7-18,5)	16,4 (14,3-18,6)	17,4 (15,6-19,3)	ns
≥ 5 porções/ dia	3,0 (2,4-3,7)	3,2 (2,3-4,4)	2,2 (1,6-3,0)	ns
Dormiu o suficiente sentindo-se adequadamente descansado ao acordar pela manhã, nos últimos 30 dias				
Nenhum dia	17,4 (16,1-18,8)	15,6 (13,6-17,8)	18,6 (16,7-20,5)	0,041
1-2 dias	33,2 (31,3-34,9)	31,3 (28,5-33,8)	34,8 (32,5-37,1)	0,050
3-4 dias	27,8 (26,1-29,5)	29,7 (27,1-32,4)	26,4 (24,3-28,6)	ns
5-7 dias	21,6 (20,1-23,1)	23,4 (21,0-25,9)	20,2 (18,3-22,2)	0,042

Os universitários foram questionados quanto aos comportamentos relacionados à prática de atividade física ou esportivas nos últimos 7 dias que antecederam a aplicação do questionário. Os resultados encontrados são disponibilizados na Tabela 7.

Para os exercícios aeróbios de intensidade moderada (caminhada) pelo menos 30 minutos, os acadêmicos relataram que 43,7% em ambos os gêneros não realizaram em nenhum dia, com proporção significativamente superior entre as moças (49,4% versus 44,5%). Para a prática desta atividade em 1 a 3 dias por semana, 35,6% dos entrevistados afirmaram que sim, não apresentando proporção significativamente entre os gêneros. O mesmo ocorreu na prática do exercício físico aeróbio (caminhada), de 4 a 5 dias por semana, com 12,1% em ambos os gêneros. No entanto quando solicitado aos universitários informações sobre a prática em 6 a 7 dias, os rapazes relataram prevalência significativamente em maior proporção em relação às moças (6,0% versus 4,3%).

Quando os universitários foram indagados sobre o fato de terem realizado exercícios aeróbios (corridas) de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos nos últimos 7 dias, somente 2,4% das moças e 4,0% dos rapazes assumiram ter realizado esta prática por 6/7 dias/semana, proporção significativamente maior entre os rapazes. Os dados apontam também que, 61,0% dos universitários (64,6% das moças e 56,1% dos rapazes) não realizaram esta prática em nenhum dia da semana.

Com relação à prática de exercício de fortalecimento muscular (musculação) por 8-12 repetições cada, nos últimos 7 dias, 66,2% dos universitários (68,0% das moças e 63,7% dos rapazes) não realizaram esta prática em nenhum dia da semana, com diferença proporcional significativamente entre as moças, $p < 0,05$.

Tão somente 4,2% dos rapazes e 2,7% das moças relataram praticar exercícios de fortalecimento muscular, de 6 a 7 dias na semana, e, 24,7% dos universitários afirmaram fazer este tipo de atividade física em 2 a 5 dias na semana. Neste caso não foi encontrada diferença em proporção significativamente entre os gêneros.

Com proporções significativamente superiores entre os rapazes 67,3 versus 53,7%, teve a iniciativa de praticar exercícios físicos para perder/manter

o peso corporal, nos últimos 30 dias, que antecederam a aplicação do questionário NCHA II.

Quanto a prática de competições esportivas nos últimos 12 meses que antecederam a coleta dos dados, 90,7% das moças e 80,8% dos rapazes relataram não terem participado de nenhuma equipe de esportes, no segmento universitário, sendo encontrada proporção significativamente entre os rapazes.

Tabela 7: Prevalências (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95% de comportamentos relacionados à prática de exercícios físicos e práticas esportivas em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Ambos os Gêneros (n=2738)	Rapazes (n=1154)	Moças (n=1584)	<i>p</i>
Exercício de intensidade moderada (caminhada) pelo menos 30 minutos, nos últimos 7 dias				
Nenhum dia	47,3 (45,4-49,1)	44,5 (41,6-47,3)	49,4 (46,9-51,8)	0,012
1 dia	12,9 (11,6-14,2)	13,5 (11,6-15,6)	12,4 (10,8-14,1)	ns
2/3 dias	22,7 (21,1-24,2)	22,5 (20,2-25,0)	22,9 (20,8-25,0)	ns
4/5 dias	12,1 (10,9-13,3)	13,5 (11,6-15,6)	11,0 (9,5-12,6)	ns
6/7 dias	5,0 (4,2-5,9)	6,0(4,7-7,5)	4,3 (3,4-5,4)	0,046
Exercício de intensidade rigorosa (corrida) pelo menos 20 minutos, nos últimos 7 dias				
Nenhum dia	61,0 (59,1-62,8)	56,1 (53,2-58,9)	64,6 (62,2-66,9)	<0,001
1 dia	11,9 (10,7-13,1)	13,5 (11,6-15,6)	10,7 (9,2-12,9)	0,023
2/3 dias	16,9 (15,5-18,3)	18,5 (16,3-20,8)	15,7 (13,9-17,5)	ns
4/5 dias	7,1 (6,1-8,1)	8,1 (6,6-9,7)	6,6 (5,4-7,9)	ns
6/7 dias	3,1 (2,5-3,8)	4,0 (3,0-5,3)	2,4 (1,7-3,3)	0,017
Exercício de fortalecimento muscular (musculação) por 8-12 repetições cada, nos últimos 7 dias				
Nenhum dia	66,2 (64,3-68,0)	63,7 (60,1-66,4)	68,0 (65,6-70,2)	0,019
1 dia	5,8 (4,9-6,7)	7,0 (5,7-8,6)	5,0 (4,0-6,1)	0,025
2/3 dias	13,1 (11,9-14,4)	13,3 (11,4-15,3)	13,0 (11,4-14,7)	ns
4/5 dias	11,6 (10,4-12,8)	11,8 (10,0-13,7)	11,3 (9,8-12,9)	ns
6/7 dias	3,3 (2,6-4,0)	4,2 (3,1-5,4)	2,7 (2,0-3,6)	0,029
Praticou exercícios físicos para perder/manter o peso corporal, nos últimos 30 dias				
	58,0 (56,1-59,8)	67,3 (64,5-69,9)	53,7 (51,8-56,7)	<0,001
Participou de competições esportivas nos últimos 12 meses nos níveis:				
Colegial (ensino médio)	8,8 (7,8-9,9)	10,4 (8,7-12,3)	7,8 (6,5-9,2)	ns
Universitário	13,5 (12,3-14,8)	19,2 (17,0-21,5)	9,3 (7,9-10,8)	<0,001
Extra campus/faculdade	12,9 (11,7-14,2)	20,9 (18,6-23,3)	7,1 (5,9-8,4)	<0,001

Prevalências quanto aos comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais com estratificação para selecionados fatores sociodemográficos são disponibilizadas na Tabela 08.

Prevalências de universitários que nunca/raramente usam cinto de segurança ao dirigir carro indicaram que a idade, situação conjugal, trabalhar remunerado e ano de estudo, que associam significativamente com o desfecho.

Quanto a dirigir carro após ingerir bebida alcoólica nos últimos 30 dias foi o comportamento de risco que se associou com maior quantidade de fatores sociodemográficos. Neste particular, dos fatores sociodemográficos reunidos no estudo, considerando análise ajustada de critérios, apenas a situação conjugal não apresentou associação significativa com comportamento de risco direcionado ao desfecho.

Os comportamentos de risco equivalentes a envolvimento em agressões físicas nos últimos 12 meses demonstraram associação significativa com os fatores sociodemográficos gênero, trabalho remunerado, área, período e ano de estudo. Com a mesma quantidade de fatores sociodemográficos que demonstraram associação, os comportamentos de risco equivalentes e intenção de suicídio nos últimos 12 meses demonstraram associação significativa com gênero, cor da pele, moradia, área e ano de estudo.

Tabela 8: Análise das variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Nunca/raramente usa cinto de segurança ao dirigir carro	Dirige carro após ingerir bebida alcoólica nos últimos 30 dias	Envolvimento em agressões físicas nos últimos 12 meses	Intenção de suicídio nos últimos 12 meses
Gênero	$p = 0,606$	$p < 0,001$	$p = 0,110$	$p = 0,189$
Moças	8,5	11,8	7,4	5,1
Rapazes	8,0	24,1	5,9	4,0
Idade	$p = 0,027$	$p = 0,000$	$p = 0,930$	$p = 0,855$
17-20 anos	9,6	9,9	6,6	4,7
21-23 anos	7,4	23,5	7,4	4,4
24-26 anos	8,0	24,9	4,8	5,9
>26 anos	5,8	18,9	7,5	3,8
Cor da Pele	$p = 0,657$	$p = 0,097$	$p = 0,453$	$p = 0,108$
Branca	8,2	17,7	6,6	8,2
Não Branca	8,7	15,0	7,4	8,7
Situação Conjugal	$p = 0,089$	$p = 0,313$	$p = 0,915$	$p = 0,980$
Solteiro	8,6	17,2	6,8	4,6
Casado/Vive Junto	6,0	14,0	7,0	5,0
Separado/Divorciado/Viúvo	3,9	15,7	5,9	3,9
Moradia	$p = 0,645$	$p = 0,007$	$p = 0,984$	$p = 0,189$
Campus Universitário	9,7	11,3	6,2	4,1
República Estudantil	7,5	17,7	6,7	3,3
Familiares	8,4	16,3	7,1	4,7
Sozinho	7,6	22,5	5,9	5,6
Trabalho Remunerado	$p = 0,130$	$p = < 0,001$	$p = 0,066$	$p = 0,703$
Não Trabalho	7,6	14,5	6,0	4,8
< 20 horas	8,6	14,3	6,8	4,1
20-39 horas	8,1	24,4	8,1	5,4
≥ 40 horas	10,7	22,6	8,2	3,8
Área de Estudo	$p = 0,665$	$p = 0,001$	$p = 0,090$	$p = 0,006$
Exatas	7,0	21,1	5,8	2,6
Biológicas e Saúde	9,2	15,6	6,1	4,7
Jurídicas, Econômicas e Adm*	8,2	21,5	7,2	4,2
Humanas	8,3	11,7	9,3	6,3
Período de Estudo	$p = 0,628$	$p = 0,147$	$p = 0,076$	$p = 0,829$
Diurno	6,9	14,9	7,5	4,6
Noturno	10,2	18,1	7,7	4,9
Integral	7,8	17,6	5,5	4,4
Ano de Estudo	$p = 0,015$	$p < 0,001$	$p = 0,131$	$p = 0,040$
1º Ano	10,0	8,2	8,7	5,5
2º Ano	8,8	15,5	5,3	5,3
3º Ano	7,3	18,8	6,5	3,8
≥4º Ano	6,8	26,6	6,3	3,6

*Administração

Por intermédio da Tabela 9 são descritos as prevalências quanto ao consumo de substâncias agressivas ao organismo de acordo com selecionados fatores sociodemográficos.

Informações encontradas em comportamentos de risco relacionados ao uso de tabaco, nos últimos 30 dias, os fatores sociodemográficos, gênero, idade, cor da pele, local de moradia, área e ano de estudo, apresentam prevalências com associação significativa.

No consumo de bebidas alcoólicas, apresentaram associações significativas constatadas nas estratificações relacionadas em gênero, cor de pele, situação conjugal, ano e período de estudo. Quanto ao uso de maconha, nos últimos 30 dias que antecederam a coleta dos dados, gênero, idade, situação conjugal, moradia, trabalho remunerado e área de estudo, apresentam prevalências com associações significativas. O uso da cocaína apresentou associação significativa nos fatores sociodemográficos gênero, idade, área e ano de estudo.

Por outro lado, o comportamento de risco equivalente ao uso relatado de laxante/medicamento para redução do peso corporal, não demonstra qualquer associação com os fatores sociodemográficos selecionados no estudo.

Tabela 9: Análise das variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco relacionados ao consumo de substâncias agressivas ao organismo em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Uso de tabaco nos últimos 30 dias	Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	Consumo de Cocaína nos últimos 30 dias	Provocar vômitos/laxantes para redução do peso corporal
Gênero	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,820$
Moças	10,8	55,9	8,5	0,3	2,7
Rapazes	20,0	64,6	13,5	2,7	2,9
Idade	$p = 0,031$	$p = 0,226$	$p = 0,018$	$p = 0,002$	$p = 0,498$
17-20 anos	12,0	57,8	10,9	0,6	2,8
21-23 anos	17,5	65,0	12,1	1,4	2,8
24-26 anos	18,0	58,1	10,0	3,5	3,8
>26 anos	14,0	51,4	5,1	1,7	1,4
Cor da Pele	$p = 0,110$	$p = 0,001$	$p = 0,426$	$p = 0,442$	$p = 0,232$
Branca	14,0	61,4	10,9	1,4	3,0
Não Branca	16,5	54,1	9,8	1,0	2,1
Situação Conjugal	$p = 0,844$	$p = 0,006$	$p = 0,001$	$p = 0,691$	$p = 0,609$
Solteiro	14,8	60,5	11,2	1,3	2,7
Casado/Vive Junto	13,5	50,0	5,5	1,5	3,0
Separado/Divorciado/Viúvo	15,7	52,9	2,0	0,0	3,9
Moradia	$p = 0,189$	$p = 0,326$	$p = 0,003$	$p = 0,548$	$p = 0,902$
Campus Universitário	11,8	57,9	11,8	0,5	3,6
República Estudantil	24,7	75,3	20,1	3,1	1,5
Familiares	12,3	54,3	8,1	0,9	3,0
Sozinho	17,5	69,9	12,4	1,7	2,5
Trabalho Remunerado	$p = 0,991$	$p = 0,556$	$p = 0,206$	$p = 0,755$	$p = 0,537$
Não Trabalho	15,0	60,7	11,0	1,1	2,7
< 20 horas	13,9	57,4	11,0	1,6	3,4
20-39 horas	14,1	58,7	10,9	1,3	3,0
≥ 40 horas	15,7	60,2	7,8	1,3	1,6
Área de Estudo	$p = < 0,001$	$p = 0,285$	$p = 0,002$	$p = 0,011$	$p = 0,570$
Exatas	11,9	58,7	7,9	0,8	3,2
Biológicas e Saúde	11,3	59,7	9,9	0,8	2,5
Jurídicas, Econômicas e Adm*	16,5	66,1	10,9	1,3	3,4
Humanas	19,1	54,4	13,2	2,2	2,3
Período de Estudo	$p = 0,908$	$p = < 0,001$	$p = 0,357$	$p = 0,589$	$p = 0,977$
Diurno	12,8	54,4	9,8	0,9	3,2
Noturno	17,8	59,0	10,8	2,3	2,0
Integral	13,5	63,9	11,1	0,7	3,1
Ano de Estudo	$p = 0,176$	$p = 0,010$	$p = 0,773$	$p = 0,004$	$p = 0,548$
1º Ano	13,2	55,0	10,4	0,8	2,0
2º Ano	14,9	61,2	11,6	0,5	3,3
3º Ano	15,0	60,6	8,7	1,7	3,5
≥4º Ano	15,8	62,1	11,9	2,3	2,4

*Administração

Prevalências de comportamentos de risco relacionados à atividade sexual, aos hábitos alimentares e de prática de atividade física, estratificadas por selecionados fatores sociodemográficos, podem ser observadas na Tabela 10.

Quanto à atividade sexual, no que se refere ao não uso de preservativo na última relação sexual, foram encontradas associações significativas observadas somente nas estratificações relacionadas à moradia e cor de pele.

Informações encontradas em comportamentos de risco relacionados aos hábitos alimentares revelam que as prevalências equivalentes ao não consumo de frutas e verduras do dia anterior, estratificadas em moradia, trabalho remunerado, área, período e ano que estuda, apresentam associações significativas.

Com relação aos hábitos de prática de exercício físico com intensidade moderada (caminhada), dos fatores sociodemográficos reunidos no estudo, cor de pele, situação conjugal, moradia e trabalho remunerado não apresentam associação significativa ao desfecho de não caminhar por 30 minutos por semana, nos últimos 7 dias.

A não prática do exercício físico de intensidade vigorosa (corrida) decorrida de pelo menos 20 minutos, nos últimos 7 dias, somente os fatores sociodemográficos cor de pele, período, área e ano de estudo, apresentam associações significativas.

Somente os fatores sociodemográficos reunidos nesta pesquisa, gênero e ano de estudo, apresentam associações significativas, quanto a nenhuma prática de exercício físico de fortalecimento muscular (musculação) na semana, nos últimos 7 dias.

Tabela 10: Análise das variáveis sociodemográficas e os comportamentos de risco relacionados à atividade sexual, aos hábitos alimentares e de prática de exercício físico em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Não uso de preservativo na última relação sexual	Não consumo de frutas e verduras no dia anterior	Nenhuma caminhada por 30 minutos na semana/últimos 7 dias (intensidade moderada)	Nenhuma corrida por 20 minutos na semana/últimos 7 dias (intensidade vigorosa)	Nenhum fortalecimento muscular na semana/últimos 7 dias
Gênero	$p < 0,001$	$p = 0,416$	$p = 0,012$	$p < 0,001$	$p = 0,021$
Moças	34,5	16,2	49,4	64,6	67,9
Rapazes	26,5	15,1	44,5	56,0	63,7
Idade	$p < 0,001$	$p = 0,566$	$p = 0,073$	$p = 0,884$	$p = 0,893$
17-20 anos	23,1	16,7	48,0	61,6	66,9
21-23 anos	31,7	14,9	46,4	60,1	65,2
24-26 anos	38,9	12,1	47,4	57,4	64,0
>26 anos	46,9	17,8	47,3	64,7	68,2
Cor da Pele	$p = 0,218$	$p = 0,764$	$p = 0,880$	$p = 0,800$	$p = 0,559$
Branca	31,9	15,6	47,2	60,9	66,5
Não Branca	28,7	16,1	47,6	61,4	65,2
Situação Conjugal	$p = < 0,001$	$p = 0,614$	$p = 0,250$	$p = 0,898$	$p = 0,565$
Solteiro	27,9	15,9	47,0	61,1	66,0
Casado/Vive Junto	63,5	14,0	49,0	59,5	67,5
Separado/Divorciado/Viúvo	36,1	15,7	54,9	62,7	68,6
Moradia	$p = 0,614$	$p = 0,027$	$p = 0,687$	$p = 0,344$	$p = 0,806$
Campus Universitário	22,1	11,3	46,7	59,5	69,2
República Estudantil	32,3	14,4	47,0	59,6	63,2
Familiares	33,0	16,1	47,2	61,1	66,1
Sozinho	26,3	18,0	48,5	62,8	67,6
Trabalho Remunerado	$p < 0,001$	$p = 0,134$	$p = 0,387$	$p = 0,816$	$p = 0,266$
Não Trabalho	26,8	14,7	46,8	60,7	64,7
< 20 horas	31,8	15,7	47,3	61,3	67,7
20-39 horas	33,0	18,4	46,7	61,0	67,9
≥ 40 horas	43,9	16,3	50,5	61,4	66,5

	Não uso de preservativo na última relação sexual	Não consumo de frutas e verduras no dia anterior	Nenhuma caminhada por 30 minutos na semana/últimos 7 dias (intensidade moderada)	Nenhuma corrida por 20 minutos na semana/últimos 7 dias (intensidade vigorosa)	Nenhum fortalecimento muscular na semana/últimos 7 dias
Área de Estudo	$p = 0,060$	$p = 0,093$	$p = 0,018$	$p = 0,011$	$p = 0,605$
Exatas	28,4	16,6	48,7	62,6	67,0
Biológicas e Saúde	28,6	12,9	40,8	54,2	63,5
Jurídicas, Econômicas e Adm*	35,2	15,7	50,9	64,0	69,0
Humanas	32,6	18,4	50,9	65,1	66,2
Período de Estudo	$p = 0,074$	$p = 0,153$	$p = 0,061$	$p = 0,033$	$p = 0,280$
Diurno	30,9	15,2	47,5	61,6	66,3
Noturno	36,6	19,1	51,5	64,9	68,3
Integral	26,9	13,3	43,7	57,3	64,2
Ano de Estudo	$p < 0,001$	$p = 0,039$	$p = 0,209$	$p = 0,008$	$p = 0,149$
1º Ano	24,3	17,7	48,9	65,4	67,5
2º Ano	25,6	16,4	46,9	60,0	67,9
3º Ano	36,6	14,4	48,3	59,4	64,4
≥4º Ano	36,2	14,1	45,0	58,5	65,0

*Administração

A Tabela 11 é apresentada a análise ajustadas para as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ significativamente associados às prevalências de comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais observadas na população universitária analisada.

Mediante análise dos resultados da regressão, mesmo considerando ajuste pelas demais variáveis independentes envolvidas no modelo e regressão, as chances dos universitários reunidos no estudo com quem trabalha ≥ 40 horas são quase duas vezes maiores de nunca/raramente usar cinto de segurança ao dirigir carro do que os não trabalham (OR = 1,78; 95% IC 1,15 – 2,75). Já em relação ao ano de estudo, os acadêmicos do 3º ano e ≥ 4 º ano, apresentaram por volta de 60% de chance ao uso do cinto de segurança ao dirigir um carro (OR = 0,68; 95% IC 0,46 – 0,99) e (OR = 0,62; 95% IC 0,42 – 0,92) respectivamente.

Os rapazes apresentaram mais que duas vezes maiores chances de dirigir carro após ingerir bebida alcoólica que as moças (OR = 2,21; 95% IC 1,79 – 2,74). As razões de chances de dirigir carro após ingerir bebida alcoólica entre as idades também apresentam índices significativos, podendo acadêmicos de 21 à >26 anos apresentam de 60% a duas vezes maiores chances deste comportamento (OR = 1,59; 95% IC 1,08 – 2,36), (OR = 1,91; 95% IC 1,45 – 2,53) e (OR = 2,00; 95% IC 1,39 – 2,89) respectivamente. Os universitários de cor de pele não branca apresentaram quase 80% de chances de não dirigirem carro após a ingestão de bebidas alcoólicas, em relação aos de cor de pele branca (OR = 0,77; 95% IC 0,60 – 0,99).

O fator sociodemográfico “Com quem reside”, vinculado ao contexto familiar apresenta impacto significativo para que os universitários assumam comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais. Estimativas encontradas revelam que a chance dos universitários que residem sozinhos em dirigir carro após ingerir bebida alcoólica é mais que o dobro que dos universitários residirem em repúblicas estudantis ou com familiares (OR = 2,19; 95% IC 1,29 – 3,73).

Com relação ao número de hora de trabalho o estudo demonstra que quem relatou trabalhar de 20-39 horas tem 50% de chance de dirigir carro após ingerir bebida alcoólica do que quem não trabalha (OR = 1,52; 95% IC 1,12 – 2,06). Quanto à área de estudo, estudantes universitários matriculados nos cursos da área

das humanas demonstram 60% de chance de não dirigir carro após ingerir bebida alcoólica dos acadêmicos das outras áreas (OR = 0,60; 95% IC 0,41 – 0,88).

O estudo analisou as proporções entre os anos de estudo no contexto de ocorrência de lesões intencionais e não intencionais. Estimativas encontradas revelam que a chance dos universitários que estudam do 2º ao ≥4º ano são por volta de 90% à quase três vezes, de dirigir carro após ingerir bebida alcoólica do que os universitários do 1º ano (OR = 1,88; 95% IC 1,33 – 2,67), (OR = 1,94; 95% IC 1,37 – 2,76) e (OR = 2,62; 95% IC 1,82 – 2,77) respectivamente.

As agressões físicas também são comportamentos observados no estudo, como ocorrência de lesões intencionais e não intencionais, e encontrou estimativas de proporções de quase 60% de chance, de que os acadêmicos matriculados no 2º ano de não se envolverem em agressões físicas (OR = 0,58; 95% IC 0,38 – 0,89) em relação aos seus pares.

Tabela 11: Valores de *odds ratio* entre indicadores de comportamentos de risco que contribuem para a ocorrência de lesões intencionais e não intencionais e selecionados fatores sociodemográficos em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Nunca/raramente/ usa cinto de segurança ao dirigir carro	Dirige carro após ingerir bebida alcoólica nos últimos 30 dias	Envolvimento em agressões físicas nos últimos 12 meses
Gênero			
Moças		Referência	Referência
Rapazes		2,21 (1,79-2,74)	0,77 (0,56-1,06)
Idade			
17-20 anos	Referência	Referência	
21-23 anos	0,73 (0,53-1,01)	1,91 (1,45-2,53)	
24-26 anos	0,77 (0,48-1,25)	2,00 (1,39-2,89)	
>26 anos	0,56 (0,31-1,01)	1,59 (1,08-2,36)	
Cor da Pele			
Branca		Referência	
Não Branca		0,77 (0,60-0,99)	
Situação Conjugal			
Solteiro	Referência		
Casado/Vive Junto	0,72 (0,37-1,38)		
Separado/Divorciado/Viúvo	0,50 (0,12-1,14)		
Moradia			
Campus Universitário	Referência	Referência	
República Estudantil	0,75 (0,41-1,38)	1,41 (0,82-2,42)	
Familiares	0,84 (0,50-1,39)	1,47 (0,91-2,38)	
Sozinho	0,75 (0,40-1,39)	2,19 (1,29-3,73)	
Trabalho Remunerado			
Não Trabalho	Referência	Referência	Referência
< 20 horas	1,18 (0,83-1,68)	0,92 (0,68-1,24)	1,14 (0,75-1,72)
20-39 horas	1,17 (0,78-1,74)	1,52 (1,12-2,06)	1,40 (0,90-2,20)
≥ 40 horas	1,78 (1,15-2,75)	1,40 (0,96-2,05)	1,37 (0,80-2,33)
Área de Estudo			
Exatas		Referência	Referência
Biológicas e Saúde		0,82 (0,61-1,10)	1,08 (0,67-1,73)
Jurídicas, Econômicas e Adm*		1,09 (0,75-1,58)	0,99 (0,57-1,72)
Humanas		0,60 (0,41-0,88)	1,11 (0,66-1,86)
Período de Estudo			
Diurno		Referência	Referência
Noturno		1,09 (0,81-1,45)	0,95 (0,64-1,41)
Integral		1,25 (0,87-1,79)	0,80 (0,49-1,32)
Ano de Estudo			
1º Ano	Referência	Referência	Referência
2º Ano	0,86 (0,60-1,23)	1,88 (1,33-2,67)	0,58 (0,38-0,89)
3º Ano	0,68 (0,46-0,99)	1,94 (1,37-2,76)	0,70 (0,46-1,05)
≥4º Ano	0,62 (0,42-0,92)	2,62 (1,82-3,77)	0,67 (0,44-1,01)

*Administração

Informações relacionadas à análise de regressão logística mediante valores ajustados pelas demais variáveis independentes do modelo, envolvendo os fatores sociodemográficos e comportamentos de risco relacionados ao consumo de substâncias agressivas ao organismo, são disponibilizadas na Tabela 12.

Considerando os valores de *odds ratio* encontrados, em comparação com as moças, os rapazes apresentam por volta de duas vezes mais chance de fumar (OR = 2,17; 95% IC 1,74 – 2,71), quase 50% a mais chance de consumir bebida alcoólica (OR = 1,45; 95% IC 1,24 – 1,70), aproximadamente 70% de usar maconha (OR = 1,72; 95% IC 1,34 – 2,21) e 12 vezes mais chance de usar cocaína (OR = 11,59; 95% IC 4,04 – 33,25).

Quanto à idade, aqueles universitários de 21 a 23 anos apresentam aproximadamente 50% mais chance de fumar (OR = 1,51; 95% IC 1,14 – 1,99) quase 30% de ingerirem bebidas alcoólicas (OR = 1,26; 95% IC 1,03 – 1,254) do que os universitários de 17 a 20 anos. Quanto ao uso de cocaína, demonstra impacto significativo no consumo entre os universitários de idades entre 24-26 anos, com chances de três vezes maiores, em relação aos acadêmicos com idades 17 a 20 anos (OR = 3,10; 95% IC 1,06 – 9,04).

Universitários que residem em repúblicas estudantis apresentam valores de *odds* superior a duas unidades, de consumir substâncias agressivas ao organismo, como o uso de tabaco (OR = 2,46; 95% IC 1,48 – 4,08), e 84% do uso de maconha (OR = 1,84; 95% IC 1,10 – 3,06) que universitários que residem no campus universitário.

Com valores de *odds* de 0,6 a mais que duas unidades os universitários das áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e da área humanas, apresentaram maiores chances do uso do tabaco (OR = 1,60; 95% IC 1,13 – 2,27) e (OR = 2,15; 95% IC 1,54 – 3,01) e ao uso de maconha do que os acadêmicos da área das Exatas (OR = 1,65; 95% IC 1,10 – 2,50) e (OR = 2,36; 95% IC 1,60 – 3,61) respectivamente. Quanto ao uso de cocaína, os universitários da área das Humanas apresentam em quase 5 vezes mais chance do que os acadêmicos da áreas das Exatas (OR = 4,59; 95% IC 1,49 – 14,17).

Com relação à cor de pele, os acadêmicos de pele não branca apresentam pouco mais de 70% de chances de não consumir bebidas alcoólicas, em relação aos acadêmicos de pele branca (OR = 0,73; 95% IC 0,61 – 0,88).

Os universitários dos turnos noturno e integral demonstram de 25% a quase 40% de chances maiores do consumo de bebidas alcoólicas, do que os acadêmicos do período diurno (matutino) (OR = 1,25; 95% IC 1,02 – 1,52) e (OR = 1,38; 95% IC 1,14 – 1,68) respectivamente.

Os universitários que cursam 2º ano apresentaram 25% de chances de consumirem bebidas alcoólicas, quando comparados com os universitários do 1º ano (OR = 1,25; 95% IC 1,00 – 1,55).

Tabela 12: Valores de *odds ratio* entre indicadores de comportamentos de risco relacionados ao consumo de substâncias agressivas ao organismo e selecionados fatores sociodemográficos em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Uso de tabaco últimos 30 dias	Consumo de bebida alcoólica últimos 30 dias	Consumo de maconha últimos 30 dias	Consumo de cocaína últimos 30 dias
Gênero				
Moças	Referência	Referência	Referência	Referência
Rapazes	2,17 (1,74-2,71)	1,45 (1,24-1,70)	1,72 (1,34-2,21)	11,59 (4,04-33,25)
Idade				
17-20 anos	Referência	Referência	Referência	Referência
21-23 anos	1,51 (1,14-1,99)	1,26 (1,03-1,54)	1,06 (0,77-1,45)	1,59 (0,57-4,43)
24-26 anos	1,44 (0,98-2,09)	0,95 (0,72-1,27)	0,89 (0,56-1,42)	3,10 (1,06-9,04)
>26 anos	1,07 (0,72-1,59)	0,84 (0,62-1,13)	0,55 (0,30-1,00)	1,57 (0,46-5,31)
Cor da pele				
Branca	Referência	Referência		
Não Branca	1,20 (0,94-1,53)	0,73 (0,61-0,88)		
Situação Conjugal				
Solteiro		Referência	Referência	
Casado/Vive Junto		0,75 (0,54-1,03)	0,75 (0,38-1,48)	
Separado/Divorciado/Viúvo		0,88 (0,50-1,58)	0,25 (0,34-1,83)	
Moradia				
Campus Universitário	Referência		Referência	
República Estudantil	2,46 (1,48-4,08)		1,84 (1,10-3,06)	
Familiares	0,96 (0,60-1,53)		0,70 (0,44-1,13)	
Sozinho	1,48 (0,87-2,50)		1,06 (0,61-1,82)	
Trabalho Remunerado				
Não Trabalho			Referência	
< 20 horas			1,11 (0,81-1,53)	
20-39 horas			1,08 (0,76-1,54)	
≥ 40 horas			0,89 (0,60-1,43)	
Área de Estudo				
Exatas	Referência		Referência	Referência
Biológicas e Saúde	1,00 (0,71-1,42)		1,32 (0,89-1,96)	1,52 (0,44-5,30)
Jurídicas, Econômicas e Adm*	1,60 (1,13-2,27)		1,65 (1,10-2,50)	2,06 (0,61-6,96)
Humanas	2,15 (1,54-3,01)		2,36 (1,60-3,51)	4,59 (1,49-14,17)
Período de Estudo				
Diurno		Referência		
Noturno		1,25 (1,02-1,52)		
Integral		1,38 (1,14-1,68)		
Ano de Estudo				
1º Ano	Referência	Referência	Referência	Referência
2º Ano	1,06 (0,77-1,45)	1,25 (1,00-1,55)	1,04 (0,74-1,47)	0,54 (0,13-2,24)
3º Ano	0,99 (0,72-1,37)	1,19 (0,95-1,49)	0,79 (0,54-1,17)	1,67 (0,58-4,80)
≥4º Ano	0,90 (0,64-1,28)	1,24 (0,97-1,58)	1,03 (0,69-1,53)	2,24 (0,77-6,52)

*Administração

A Tabela 13 apresenta os indicadores sociodemográficos associados à atividade sexual, aos hábitos alimentares e à prática de exercício físico.

Os rapazes apresentaram maiores razões de chances de 65% em relação às moças para o uso do preservativo (OR = 0,65; 95% IC 0,52 – 0,82), por volta de 80% de chances de prática de exercício físico, como caminhar por 30 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade moderada) (OR = 0,81; 95% IC 0,69 – 0,95), correr por 20 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade rigorosa) (OR = 0,68; 95% IC 0,58 – 0,79) e exercícios de fortalecimento muscular (musculação) na semana/nos últimos 7 dias (OR = 0,83; 95% IC 0,71 – 0,97).

Após ajuste pelas demais variáveis independentes a variável idade, universitários com 24 a 26 (OR = 1,52; 95% IC 1,05 – 2,20) e >26 anos (OR = 1,68; 95% IC 1,14 – 2,40) são significativamente associados, em média de 60% maiores de chances a não usarem preservativo nas relações sexuais que seus colegas acadêmicos com 17 a 20 anos,

Estimativas encontradas apontam que a possibilidade de não usar preservativo nas relações sexuais em universitários que relataram serem casados ou moram juntos com seus cônjuges, indicaram mais que o triplo de chance, do que os acadêmicos solteiros (OR = 3,38; 95% IC 2,29 – 4,98).

Já em relação ao ano de estudo, acadêmicos do 3º ano (OR = 1,58; 95% IC 1,14 – 2,20) e ≥4º ano (OR = 1,45; 95% IC 1,03 – 2,04) possuem chance em média 50% de chances maiores do não uso do preservativo nas relações sexuais do que os universitários do 1º ano. Para os que afirmaram trabalhar remuneradamente ≥ 40 horas, apresentam quase 50% de chances a mais, do não uso de preservativos em suas relações sexuais, do que os universitários que relataram não trabalhar (OR = 1,49; 95% IC 1,01 – 2,19).

Quanto ao turno de estudo, as chances dos acadêmicos do período noturno de não se protegerem nas relações sexuais com preservativos são 13% maiores que os acadêmicos do turno diurno (OR = 1,13; 95% IC 0,84 – 1,50).

O estudo apresentou que acadêmicos do turno noturno demonstram valores superiores a 30% de chance de não consumir frutas e verduras que universitários do turno diurno (OR = 1,34; 95% IC 1,02 – 1,76).

Tabela 13: Valores de *odds ratio* entre indicadores de comportamentos de risco relacionados à atividade sexual, aos hábitos alimentares e de prática de exercício físico e selecionados fatores sociodemográficos em estudantes da Universidade Estadual de Londrina, Paraná – 2013.

	Não uso de preservativo na última relação sexual	Não consumo de frutas e verduras no dia anterior	Nenhuma caminhada por 30 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade moderada)	Nenhuma Corrida por 20 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade rigorosa)	Nenhum fortalecimento muscular (musculação) na semana/nos últimos 7 dias
Gênero					
Moças	Referência		Referência	Referência	Referência
Rapazes	0,65 (0,52-0,82)		0,81 (0,69-0,95)	0,68 (0,58-0,79)	0,83 (0,71-0,97)
Idade					
17-20 anos	Referência		Referência		
21-23 anos	1,24 (0,94-1,64)		0,98 (0,81-1,19)		
24-26 anos	1,52 (1,05-2,20)		1,01 (0,76-1,33)		
>26 anos	1,68 (1,14-2,50)		0,92 (0,70-1,21)		
Cor da pele					
Branca	Referência				
Não Branca	0,83 (0,64-1,07)				
Situação Conjugal					
Solteiro	Referência				
Casado/Vive Junto	3,38 (2,29-4,98)				
Separado/Divorciado/Viúvo	1,03 (0,49-2,13)				
Moradia					
Campus Universitário		Referência			
República Estudantil		1,35 (0,79-2,96)			
Familiares		1,38 (0,87-2,21)			
Sozinho		1,67 (0,99-2,83)			
Trabalho Remunerado					
Não Trabalho	Referência				
< 20 horas	1,11 (0,83-1,48)				
20-39 horas	1,15 (0,83-1,59)				
≥ 40 horas	1,49 (1,01-2,19)				

	Não uso de preservativo na última relação sexual	Não consumo de frutas e verduras no dia anterior	Nenhuma caminhada por 30 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade moderada)	Nenhuma Corrida por 20 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade rigorosa)	Nenhum fortalecimento muscular (musculação) na semana/nos últimos 7 dias
Área de Estudo					
Exatas	Referência 1,05 (0,76-1,45)	Referência 0,77 (0,57-1,05)	Referência 0,70 (0,56-0,88)	Referência 0,66 (0,52-0,83)	
Humanas	1,12 (0,76-1,65)	0,76 (0,52-1,11)	1,04 (0,79-1,38)	1,00 (0,75-1,33)	
Jurídicas, Econômicas e Adm*	0,91 (0,62-1,33)	0,93 (0,66-1,32)	1,02 (0,79-1,34)	1,00 (0,76-1,32)	
Saúde					
Período de Estudo					
Diurno	Referência 1,13 (0,84-1,50)	Referência 1,34 (1,02-1,76)	Referência 1,16 (0,95-1,41)	Referência 1,14 (0,93-1,39)	
Noturno	1,03 (0,72-1,48)	0,89 (0,63-1,27)	1,05 (0,82-1,35)	1,05 (0,83-1,35)	
Integral					
Ano de Estudo					
1º Ano	Referência 1,02 (0,73-1,43)	Referência 0,92 (0,70-1,22)	Referência 0,93 (0,75-1,15)	Referência 0,79 (0,64-0,99)	Referência 1,01 (0,81-1,26)
2º Ano	1,58 (1,14-2,20)	0,75 (0,56-1,01)	0,97 (0,78-1,22)	0,76 (0,61-0,95)	0,85 (0,68-1,06)
3º Ano	1,45 (1,03-2,04)	0,74 (0,55-1,00)	0,85 (0,67-1,09)	0,73 (0,59-0,91)	0,89 (0,71-1,11)
≥4º Ano					

* Administração

6. DISCUSSÃO

Na caracterização sociodemográfica o estudo reuniu maior quantidade de moças em sua amostra (57,8%), tendo como maiores percentuais de idades, entre 17 e 20 anos com 48,2%, e em relação à cor de pele, onde 75,9% se apresentaram serem de cor branca e ainda, 90,5% dos universitários se identificaram como sendo solteiros. Estas proporções se justificam pelo fato de que, segundo informações na PROGRAD - Pró-Reitoria de Graduação e a PROPLAN - Pró-Reitoria de Planejamento (2013), são semelhantes aos dados dos ingressantes nos vestibulares da UEL nos últimos cinco anos, como são apresentados no quadro 10.

Quadro 10 – Perfil dos ingressantes dos últimos 5 anos dos vestibulares dos cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina – Paraná - 2013.

Ano do Ingresso na UEL	Gênero Moças %	Idades dos ingressantes 16 a 18 anos %	Estado civil Solteiros %	Cor de pele Branca %
2013	58,14	46,34	93,32	*
2012	54,33	59,43	92,46	75,72
2011	55,72	56,29	91,84	77,10
2010	55,45	57,33	93,13	78,14
2009	56,12	53,73	91,83	74,67
Média	55,95	54,62	92,51	76,40

* Em 2013 este dado não foi apresentado.

Quanto ao caso das mulheres, terem um número superior aos dos homens, tanto nos vestibulares, como no ingresso a universidade e ainda na amostra desta pesquisa, este fato pode ser reforçado pelos dados apontados pelos censos demográficos no Brasil, que têm demonstrado maior quantidade de mulheres, em uma proporção de 97 homens para cada grupo de 100 mulheres.

No que se refere à idade, ao levar em conta que o ingresso na primeira série do ensino básico brasileiro acontece entre 6 e 7 anos de idade e que antes do ingresso no ensino universitário são 12 anos a serem cumpridos, torna-se provável que a idade de acesso ao ensino universitário é, via de regra, após os 18-19 anos, em alguns casos até com 17 anos, como demonstrou a pesquisa.

Sobre o número de sujeitos no estudo em idades entre 18 e 24 anos é corroborar com dados da educação brasileira. Ao encontrar a grande maioria

dos universitários da etnia branca, o presente estudo remete a uma reflexão sobre a questão da cor de pele relacionada com o acesso ao ensino universitário. Vale ressaltar que existem no Brasil iniciativas que tem gerado polêmicas, relacionada a ações visando possibilitar o ingresso de negros nas universidades por meio de cotas reservadas a este grupo étnico.

Os achados nesta pesquisa demonstrou que em relação a indicação sobre suas moradias, 36,9% afirmou morarem em repúblicas, no campus, sozinhos ou com não familiares, que corrobora com os dados fornecido pela Universidade Estadual de Londrina, que recebe por volta de 2.500 alunos a cada vestibular (aprovados), e destes, segundo informações na PROGRAD - Pró-Reitoria de Graduação e a PROPLAN - Pró-Reitoria de Planejamento (2013), que 53,22% são de origem da cidade de Londrina-Pr, 26,87% oriundas de outras cidades do Paraná e os demais estudantes de outros estados,

Com relação ao turno, 31,5% dos universitários relataram estudar no turno noturno, que pode estar associado ao fato de que, mesmo a UEL ser uma entidade estatal, sem cobrança de mensalidade, mais da metade dos estudantes da amostra (50,1%) afirmaram que trabalham remunerados de <20 a \geq 40 horas por semana, que nos leva a crer, a escolha do turno noturno. Por outro lado, 37,9% dos universitários pertencentes à amostra afirmaram estudar no turno integral, neste caso a hipótese mais provável é que o maior número de vagas e conseqüentemente a escolha nos vestibulares encontram-se exatamente nos cursos de período integral, como curso de: Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Medicina Veterinária e Agronomia, segundo informações na PROGRAD - Pró-Reitoria de Graduação e a PROPLAN - Pró-Reitoria de Planejamento (2013), fato este reforçado pelo maior número de acadêmicos na amostra serem das áreas Biológicas e Saúde (32,7%).

6.1 COMPORTAMENTOS DE RISCO QUE CONTRIBUEM PARA LESÕES NÃO INTENCIONAIS

Com relação às prevalências equivalentes aos comportamentos de risco relacionados à segurança pessoal, podem-se verificar os jovens, muitas vezes, apresentam comportamentos que colocam em risco a integridade física, a própria vida e a de terceiros.

No caso da utilização do cinto de segurança, a partir da lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, tornou-se obrigatório o seu uso no Brasil.

No presente estudo observou-se que a proporção dos universitários que relataram “nunca ou raramente” usar cinto ao dirigir um carro apresentou prevalência de 2,5% em ambos os gêneros, bem inferiores a das pesquisas da *American College Health Association* (ACHA, 2009 e 2010), realizadas em diversas universidades públicas e particulares dos Estados Unidos, onde foram verificadas prevalências de 4,7% apontando “nunca ou raramente” utilizarem o uso do cinto de segurança. Similares aos relatórios da ACHA (2012) com 3,0% e da ACHA (2013) com 2,2%, também realizadas em diversas universidades públicas e particulares dos Estados Unidos. Resultados superiores aos achados da pesquisa sobre o uso do cinto de segurança foram verificados quando comparados aos encontrados por Labiak et al. (2008), que verificaram que 16,0% dos rapazes e 10,5% das moças “não usavam” este implemento regulamentado por lei.

O não uso do cinto de segurança entre os acadêmicos não apresentou associação aos Indicadores sócios demográficos de chances dos universitários reunidos no estudo, a não ser com quem trabalha ≥ 40 horas são quase duas vezes maiores de nunca/raramente usar cinto de segurança ao dirigir carro do que os não trabalham (OR = 1,78; 95% IC 1,15 – 2,75).

Outro comportamento analisado nesta pesquisa foi quanto a uso do capacete ao andar de motocicleta. A importância do uso de capacete quando está dirigindo uma motocicleta é uma lei que passou a ser respeitada gradativamente no Brasil, desde que foi sancionada pelo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), artigos 54 e 55 e pela resolução do Código de Trânsito (CONTRAN) 203/2007, e se dá pelo motivo de que as lesões mais graves são sempre as que afetam a cabeça dos condutores.

A pesquisa apresentou dados com índices de 2,7% dos universitários em ambos os gêneros, que relataram “nunca ou raramente” faziam o uso do capacete ao dirigir uma motocicleta. Estudos semelhantes encontraram valores de prevalência diferentes e superiores aos achados nesta pesquisa, como o relatório da ACHA (2009), e de pesquisas realizadas em diversas universidades públicas e particulares dos Estados Unidos, com uma prevalência de 25,7%, que afirmaram que “nunca ou raramente” usaram capacete quando dirigiam motocicleta. No relatório publicado da ACHA (2010) os índices percentuais do não uso do capacete quando dirigiam motocicleta diminuíram mais de 6,0%. No entanto, apresentou prevalência alta, quando comparada a presente pesquisa com 18,0%, que relataram “nunca ou raramente”.

Nas publicações dos relatórios anual da ACHA (2011, 2012 e 2013) as taxas de prevalências aumentaram novamente nestes anos, sobre o uso do capacete quando dirigiam motocicleta, com 16,3%, 20,5% e 16,4% respectivamente, prevalências estas muito superiores quando comparadas nesta pesquisa, que apontou uma prevalência de 3,2% de “nunca ou raramente” o uso do capacete. Os valores da prevalência do uso do capacete que mais se aproximaram dos valores apresentados nesta pesquisa foram da ACHA (2013) do Canadá, com prevalência de 7,2%, onde os universitários relataram que “nunca ou raramente” o uso.

A pesquisa também procurou evidências sobre o comportamento de risco não intencional neste estudo sobre dirigir após a ingestão de bebidas alcoólicas, onde 17,0% dos entrevistados em ambos os gêneros afirmaram terem esta atitude, de dirigir após o uso de bebidas alcoólicas. Pesquisas semelhantes apontaram resultados superiores aos desta pesquisa, como a de Secco (2007), que pesquisou universitários do Rio Grande do Sul e encontrou prevalência de 37,0% dos estudantes que relataram “dirigir após ingerir bebida alcoólica”. Outro estudo semelhante foi o de Pinho et al. (2009), que realizou pesquisa epidemiológica com estudantes universitários da Universidade Católica de Goiás, GO, e verificou que 41,0% do acadêmicos afirmaram “dirigir após ingerir bebida alcoólica”.

Entre os americanos o comportamento de dirigirem após a ingestão de bebidas alcoólicas apresentam prevalências superiores aos achados desta pesquisa, como podemos observar nas publicações dos relatórios da *American College Health Association* (ACHA 2010, 2011 e 2013), onde os resultados apontam que 26,9%, 25,5% e 23,2% relataram dirigir veículos após a ingestão de bebidas alcoólicas, respectivamente.

No entanto quando observado os resultados da ACHA (2013) com universitários canadenses, pode-se encontrar prevalências mais próximas a desta pesquisa, com 19,4% de acadêmicos que apontaram o comportamento de dirigir veículos após a ingestão de bebidas alcoólicas.

Com relação às chances de ocorrer o comportamento de risco de “dirigir após ingerir bebida alcoólica” em universitários associados a indicadores sociodemográficos, com diferenças significativas, é que os rapazes, de 21 à >26 anos, de cor de pele não branca, que residem sozinhos, trabalham de 20-39 horas, matriculados nos cursos da área das humanas e que estudam do 2º ao ≥4º ano, venham a apresentar maiores chances, do que seus colegas, como demonstrados na tabela 11.

6.2 COMPORTAMENTOS QUE CONTRIBUEM PARA OCORRÊNCIA DE LESÕES INTENCIONAIS

No grupo das lesões intencionais inclui-se a violência, que pode ser contra si, como é o caso da tentativa de suicídio, contra outrem, como é o caso de homicídios e agressões físicas, ou mesmo contra bens materiais.

O envolvimento em agressões físicas é importante fator para o desencadeamento de outros comportamentos violentos. Na amostra estudada, quando somado os valores de prevalência entre envolvimento em luta corporal nos últimos 12 meses e se foi agredido fisicamente (não incluído violência sexual) nos últimos 12 meses, a prevalência foi de 12,8% em ambos os gêneros.

Pesquisas com o mesmo intuito de observar o comportamento de agressões física, verbais ou sexuais foram realizadas, como a de Scholly et al. (2008), que realizaram pesquisa, com estudantes de universidades americanas. O objetivo foi de verificar os comportamentos de risco de ameaças verbais, da tentativa, abusos e agressão sexual e se sofreram agressão física. Foram encontradas prevalências de 5,0% nas “ameaças verbais”, 8,0% “sexuais”, 2,0% “físicas”.

Outro estudo observado foi o relatório publicado da *American College Health Association* (ACHA, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013), com universitários americanos, sobre se envolver em “agressões físicas” ou se foram “agredidos fisicamente”. Os resultados indicaram prevalências semelhantes à desta pesquisa, somado os valores dos dois comportamentos, que variaram da menor proporção de 9,5% (2009) à maior proporção de 12,1% (2010).

Este estudo não encontrou diferenças significativas entre os indicadores sociodemográficos sobre as chances de acontecer agressões na amostra pesquisada. No entanto foram encontradas estimativas de proporções de quase 60% de chance, de que os acadêmicos matriculados no 2º ano de não se envolverem em agressões físicas, como demonstradas na Tabela 11.

O suicídio é uma lesão autoprovocada intencionalmente e considerada a terceira causa de morte entre jovens com idades entre 15 e 19 anos (WISQARS, 2006). Nesta pesquisa foi encontrada prevalência de 6,7% dos universitários em ambos os gêneros que “pensaram seriamente” em suicidar-se nos últimos 12 meses, destes apenas 1,7% realmente tentaram o suicido nos últimos 12 meses, que a coleta da pesquisa.

Estudo epidemiológico semelhante a este, com uma amostra de universitários americanos, sobre o suicídio, verificou que 1,2% “pensaram” e 1,0% “tentaram” este ato autoprovocado, no ano letivo anterior da realização da pesquisa (SCHOLLY et al., 2010),

Outras pesquisas com o objetivo de verificar prevalências dos comportamentos de risco suicídio foram relatadas pela ACHA (2009, 2010, 2011, 2012 e 2013), com universitários americanos, sobre “pensarem seriamente” ou “tentaram” o suicídio. Foram observadas prevalências semelhantes à desta pesquisa, que variaram do menor proporção de 1,1% (2011) e a maior de 1,5% (2013), dos que realmente “tentaram” e menor de 6,0% (2010) a maior de 9,0% (2009) dos que “pensaram” em cometer o suicídio. Valores superiores no que “pensaram” em cometer o suicídio e semelhantes nos que “tentaram” o suicídio à desta pesquisa, foram verificados na publicação da ACHA (2013), com acadêmicos, de universidades públicas e privadas do Canadá, indicando prevalências onde 9,5% que “pensaram” e 1,3% que “tentaram” o suicídio.

6.3 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO USO DE TABACO

Informações da Organização Mundial da Saúde indicam que o uso de tabaco é responsável pela morte de aproximadamente 4 milhões de pessoas a cada ano, o que seria equivalente a uma pessoa a cada 8 segundos.

Prevalência observada na pesquisa apontou que 9,5% em ambos os gêneros afirmaram “fumar” de 1 a 29 dias e 5,2% relataram “fumar” diariamente, no mês que antecedeu a aplicação do questionário, mostrando que somada às proporções das prevalências temos um montante de 14,7% da amostra em ambos os gêneros, que fazem o uso do cigarro.

Alguns estudos realizados no Brasil procuraram também identificar prevalências relacionadas ao uso do tabaco entre universitários, com dados resultantes bem superiores a deste estudo. Entre eles a de Stempliuk et al. (2005), que envolveu estudantes da Universidade de São Paulo, identificou que o uso do tabaco foi de 29,6% no últimos 12 meses em ambos os gêneros da amostra. Outro estudo similar foi o de Palma et al. (2007), entre universitários de Educação Física de Instituições privadas da cidade do Rio de Janeiro, onde foi observada prevalência de 26,8% em ambos os gêneros. Outra pesquisa em nível nacional foi

desenvolvida foi realizada por Santos et al. (2009), com uma amostra de 246 acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, o qual apresentou prevalência de 60,0% do experimento ou uso do tabaco ao longo da vida.

Na publicação das pesquisas da *American College Health Association* (ACHA 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013), com universitários americanos, de diversas universidades e faculdades, públicas e particulares, foram encontradas prevalências que variaram entre a menor proporção de 13,8% (2013) e a maior de 36,0% (2009) do uso do tabaco entre os acadêmicos em ambos os gêneros. Na pesquisa da ACHA (2013) com universitários canadenses, o índice de prevalência foi de 11,5%, inferior a dos americanos e dos dados apresentados nesta pesquisa como citado anteriormente (14,7%).

Com relação às maiores chances do uso do tabaco, quando observados os indicadores sociodemográficos, com diferenças significativas a pesquisa demonstrou que os rapazes, universitários de 21 a 23 anos, que residem em repúblicas estudantis, das áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e das áreas humanas apresentam maiores chances de fumarem, do que seus colegas, como apresentados na tabela 12.

6.4 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido, banalizado e não raramente incentivado pela sociedade, considerado uma droga lícita.

Os resultados encontrados demonstram que, entre os universitários participantes do estudo, o álcool é a droga psicoativa utilizada com maior frequência, e identificou uma prevalência de 59,6% do consumo de bebidas alcoólicas, isto se somando os que bebem de 1 a 29 dias no mês e os que bebem diariamente. Quanto ao número de doses, a pesquisa demonstrou que 27,7% bebem de 1-3 doses por dia, 19,2% de 4-6 doses e 20,0% bebem de 7-≥10 doses por dia. Esses resultados corroboram com os estudos realizados por Lucas et al. (2006), com universitários da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, Buchanan; Pillon (2008), com estudantes de Medicina, Tegucigalpa, Honduras, Trepka et al. (2008), com acadêmicos do sul da Flórida,

USA, Santos et al. (2009), em universitários da Universidade do Sul de Santa Catarina e Santos (2011), com amostra entre os acadêmicos do 1º ciclo da Universidade de Aveiro, Portugal, que apontaram o consumo de álcool como a substância mais consumida por universitários, com prevalências de 87,7%, 37,7%, 42,0%, 92,3% e 41,0%, respectivamente.

Também, corrobora com os achados do presente estudo, as pesquisas de Mallet et al. (2011), que teve como amostra universitários do 1º ano de uma universidade da Pensilvânia, USA e Mundt et al. (2012), estudo realizado com universitários de universidades dos USA e Canadá, que identificaram a bebida alcoólica como a substância mais consumida entre os jovens, com prevalências de 64,7%, sendo 81,0% em rapazes e 58,7% em moças, respectivamente.

Outras pesquisas realizadas com o mesmo objetivo no consumo do álcool entre universitários podem ser observadas nas publicações da *American College Health Association* (ACHA 2009), com uma amostra de estudantes, com prevalência de 82,6%, ACHA (2010) com prevalência de 65,2%, ACHA (2011) com 62,0%. Ainda em estudos da ACHA (2012) com prevalência de 71,0% e da ACHA (2013) com uma prevalência de 64,8%, todas elas realizadas com universitários dos Estados Unidos. Muito similar aos dados encontrados na pesquisa da ACHA (2013), onde a amostra do estudo, neste caso foi com acadêmicos de universidades públicas e privadas do Canadá, onde se verificou um índice de 70,8% no uso de bebidas alcoólicas, entre os acadêmicos pesquisados. Pode se observar que tanto os universitários americanos, quanto os canadenses, consomem mais bebidas alcoólicas, do que os estudantes desta pesquisa, universitários da Universidade Estadual de Londrina.

Quanto ao consumo pesado de bebida alcoólica, tratado na pesquisa como sendo a ingestão de ≥ 4 doses em uma mesma ocasião (39,2%), observando que 48,3% é entre os rapazes e 32,6 entre as moças, o que corrobora com os levantamentos do último ano publicados pela *American College Health Association* no Estados Unidos e Canadá (ACHA, 2013). Sobre o número de doses e dirigirem após o consumo de bebidas alcoólicas, encontrou prevalências nos USA, onde 60,3% que bebem " ≤ 4 doses" e 20,7% " ≥ 7 doses" por dia, e 3,2% "dirigem após beber ≥ 5 doses" nos últimos 30 dias. No Canadá observa-se uma prevalência onde de 51,3% que bebem " ≤ 4 doses" e 26,7% " ≥ 7 doses", por dia e 2,2% "dirigem após beber ≥ 5 doses", nos últimos 30 dias. Reforçados pelo estudo de Mundt et al. (2012), pesquisa realizada com universitários de universidades dos USA e Canadá,

onde 7,0% dos estudantes afirmaram sofrerem “apagões” e 25,6% se envolverem em “acidentes” após a ingestão de bebidas alcoólicas.

Dados que merecem reflexão considerando que, seguramente, após o abuso a embriagues estarão presentes outros comportamentos de risco. Alguns dados nos auxiliam a refletir sobre o uso de bebida alcoólica e suas consequências na saúde da população brasileira. Como ilustração, vale ressaltar que no Brasil os acidentes de trânsito mais graves o perfil mais frequente dos motoristas são homens jovens sob efeito de bebida alcoólica ou drogas, sendo que em quase 50% das mortes em acidentes de trânsito apresentam alcoolemia positiva (BRASIL - DENATRAN, 2008).

Considerando os valores de *odds* encontrados, e os indicadores sócios demográficos, com diferenças significativas, os rapazes de 21 a 23 anos, cor de pele branca, do 2º ano, dos turnos noturno e integral apresentam maiores chances de consumirem bebidas alcoólicas, do que seus demais colegas, como observado na tabela 12.

6.5 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS ILÍCITAS

A *American College Health Association*, por meio do NCHA II procura reunir dados sobre o uso das drogas psicotrópicas ilícitas mais conhecidas.

Nesta pesquisa observou-se que quanto ao comportamento do uso da maconha apresentou prevalência de 10,6%, se somarmos os que relataram usar de 1-29 dias (9,0%) ou diariamente (1,6%), nos últimos 30 dias. Esses resultados corroboram com as realizadas no Brasil, como a de Lucas et al. (2006), com universitários da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, Santos et al. (2009), em universitários da Universidade do Sul de Santa Catarina e Palma et al. (2007), com universitários de Educação Física de Instituições privadas da cidade do Rio de Janeiro, encontrando valores de prevalências de 11,9%, 27,3% e 21,2% dos estudantes que relataram o uso da maconha, valores estes, superiores aos achados nesta pesquisa.

Quanto a estudos realizados no exterior, identificaram-se as pesquisas de Lee et al. (2010), com uma amostra de acadêmicos de uma universidade pública, dos Estados Unidos, onde foi observado que o uso médio de maconha é de 9,86% nos últimos 30 dias, onde os rapazes demonstram o “uso”

com prevalências superiores aos das moças; e na pesquisa de Buchanan e Pillon (2008), com estudantes de medicina, Tegucigalpa, Honduras, com uma prevalência de uso de maconha em 4,6%, valor este, bem inferior a desta pesquisa (10,6%).

Prevalências bem superiores, e em alguns casos, mais que o dobro e o triplo, encontrados nesta pesquisa (10,6%), podem ser observados nos relatórios publicados pela *American College Health Association*, nos últimos cinco anos (ACHA 2009 a 2013), com taxas de prevalências quanto ao uso da maconha em 35%, 17,0%, 14,3%, 33,4 e 16,7%, respectivamente, reforçados pelo levantamento da ACHA (2013) com acadêmicos de universidades públicas e privadas do Canadá, onde 16,0% dos universitários afirmaram neste inquérito acadêmico, terem usado a maconha, valendo a ressalva, que em alguns estados americanos o uso da maconha é liberado para fins de tratamento.

Quanto às razões de chances do uso da maconha, associados aos indicadores sociodemográficos, com diferenças significativas, o levantamento feito, verificou que os rapazes que residem em repúblicas estudantis, das áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e das áreas Humanas, encontram-se expostos a maiores chances do uso da maconha do que seus colegas, como observado na tabela 12.

Com relação a outras drogas, esta pesquisa identificou que 1,3% dos acadêmicos entrevistados relataram fazer o uso de cocaína ou crack de 1 a 29 dias no mês, e que ninguém faz o uso diariamente. O mesmo ocorrendo com o uso de anabolizante, em que 0,3% afirmaram que fazem o uso de 1 a 29 dias do mês e ninguém faz uso diariamente. Estudos com índices bem superiores aos achados nesta pesquisa foram abordados na revisão de literatura, como as Trepka et al. (2008), estudos realizado com acadêmicos do Sul da Flórida, USA, onde verificou-se que 14,1% tinham feito o uso de “drogas ilícitas” no mês anterior; e o estudo de Santos et al. (2009), com uma amostra de acadêmicos da Universidade do Sul de Santa Catarina, sobre o uso de cocaína, com taxa de prevalência de 4,5% do uso.

No último levantamento da *American College Health Association* (ACHA), em 2012 foi verificado o uso de várias drogas, consideradas ilícitas, quando o fim não seja de tratamento, ou outras, com uso de medicamentos ou drogas com prescrição. Neste relatório publicado da ACHA (2012), com acadêmicos de universidades públicas e privadas dos Estados Unidos, foram observados que 33,0% fizeram o uso da cocaína, anfetaminas, crack, anabolizantes e outros tipos e 9,4% outro tipo de drogas nos últimos 9 dias”, verificado ainda que quanto ao uso de

antidepressivos, a prevalência foi de 3,1%, drogas de disfunção erétil 0,9%, analgésicos 7,1%, sedativos 3,5% e estimulantes 6,5%.

Considerando os valores de *odds* encontrados, associados a indicadores sociodemográfico com diferenças significativas, pode-se observar que os rapazes de idades entre 24-26 anos, da área das Humanas, encontram-se mais expostos em com maiores chances do uso de cocaína do que seus colegas, como observados na tabela 12.

6.6 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À ATIVIDADE SEXUAL

As questões sexuais por muito tempo foram consideradas um tabu e de difícil discussão entre jovens, principalmente nas idades menores, mas hoje com a divulgação via internet, televisão e revistas, os jovens recebem muitas informações aprofundadas sobre o tema tão sigiloso e particular, principalmente entre as moças.

Nesta pesquisa procurou-se buscar informações referentes às atividades sexuais, e verificou-se que mais da metade dos entrevistados (58,6%) relataram terem de 1-3 parceiros sexuais em suas relações nos últimos 12 meses que antecederam a aplicação do questionário, tendo os rapazes com 54,2% e as moças com 61,7% desta prática. Apenas 2,4% afirmaram ter > 10 parceiros em suas relações sexuais, nos últimos 12 meses, levando a crer que os jovens estão mantendo seus parceiros, em suas relações sexuais, principalmente as moças.

Quanto ao tipo de relação sexual, no estudo pode-se observar que 45,4% dos acadêmicos afirmaram ter tido relação sexual oral, 49,2% relação sexual vaginal e 10,5% relataram relação sexual anal. Ainda sobre a atividade sexual, uma grande preocupação está no cuidado e nas atitudes contraceptivas, principalmente para evitar uma gravidez precoce e as doenças sexualmente transmissíveis. Neste sentido a informações obtidas no estudo, pode constatar que 67,9% dos universitários indicaram o uso de pílula anticoncepcional, como método contraceptivo, 68,8% afirmou utilizar a camisinha masculina, 10,7% controle de data de fertilidade e 17,6% o coito interrompido como método de proteção.

Corroborando com os dados achados nesta pesquisa, alguns estudos realizados no Brasil sobre a atividade sexual entre os jovens, como os de Melo et al. (2008), com universitários da cidade de Goiânia, Goiás, demonstrou que

66,0% das moças e 84,0% dos rapazes já tinham tido relações sexuais. Esses resultados são semelhantes aos de Falcão Júnior et al. (2009), que pesquisou acadêmicos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, onde 69,6% relataram serem ativos sexualmente, e que 52,1% das moças, tiveram iniciação sexual de 18 e 20 anos e 58,7% dos rapazes, de 15 e 17 anos. Ainda no Brasil, Borges et al. (2010), realizaram um estudo epidemiológico, com acadêmicos de uma universidade pública de São Paulo, SP, que verificou que 75,8% já eram iniciados na vida sexual, e destes 84,8% utilizaram o preservativo como método contraceptivo na primeira relação sexual e 66,7% fizeram o mesmo na última relação sexual.

No exterior, estudos demonstram que o comportamento sexual é também uma preocupação também constante com a comunidade acadêmica. Estudos europeus também procuraram objetivar prevalências nas atividades sexuais em universitários, como é o caso da pesquisa de Stulhofer et al. (2011), com universitários de Zagreb, Croácia, e observou que 38,0% tiveram sua primeira relação sexual entre 17/18 anos, 37,0% usam camisinha masculina, 8,0% coito interrompido e 2,0% pílula anticoncepcional, como método contraceptivo.

Com o mesmo intuito, Tidén et al. (2012), realizaram estudo semelhante com universitárias da Universidade de Uppsala, Suécia, onde as moças relataram que a média de idade da 1ª relação sexual foi de 16,8 anos, média de parceiros em relação sexual a vida toda foi de 11 parceiros e nos últimos 12 meses de 2,6 parceiros. Inquiridos sobre o tipo de relação, os pesquisadores apresentaram dados em que 99,0% das moças já tinham realizado sexo vaginal, 94,0% sexo oral e 23,0% sexo anal, resultados estes bem superiores aos encontrados nesta pesquisa.

Pesquisas com universitários dos Estados Unidos também foram observadas e comparadas com este estudo, como a de Arliss (2008), em pesquisa com universitários americanos descendentes asiáticos e não asiáticos, onde se pode verificar que 67,0% dos asiáticos e 83,0% dos não asiáticos eram ativos sexualmente, e que destes 37,0% asiáticos tinham em média 1 parceiro, enquanto os não asiáticos 38,0% tinham 6 ou mais parceiros.

Sobre métodos contraceptivos, Trepka et al. (2008), apresentaram dados de pesquisa inferiores aos desta sobre o uso de algum método de proteção em suas relações sexuais, onde 52,1% não usaram preservativo na última relação sexual, e 52,4% não usaram preservativos na maioria das vezes ou sempre e ainda

13% realizam sexo desprotegido sob a influência de álcool. Scholly et al. (2010), procuraram investigar o comportamento sexual, em acadêmicos universitários de diversas universidades americanas, sobre o número de vezes de relação/mês, e verificou que no sexo oral (2,78 vezes), vaginal (3,74 vezes) e sexo anal (1,36 vezes), e ainda 64,0% usam preservativo e 12,0% contracepção de emergência, em suas relações sexuais.

Outro estudo americano encontrado na literatura sobre comportamento sexual foi o de Turchik et al. (2010). Através de um questionário aplicado em acadêmicos de uma universidade do Meio Oeste dos USA, encontraram resultados sobre o tipo de relação sexual, com 70,6% sexo vaginal, 80,6% sexo oral e 18,7% sexo anal, resultados estes superiores aos achados nesta pesquisa.

Nos relatórios da *American College Health Association* (ACHA) publicados nas pesquisas da ACHA (2013) com acadêmicos de diversas universidades públicas e privadas dos Estados Unidos e Canadá, onde prevalências sobre os tipos de relação sexual foram semelhantes aos identificados nesta pesquisa, onde 49,6% e 49,5% tiveram relação vaginal, 5,5% e 4,9% relação anal e 44,7% e 45,1 relação oral, e destes 60,4% e 64,3% usaram pílula anticoncepcional, 61,9% e 61,1% camisinha masculina, 6,1% e 6,3% controle da fertilidade, 27,6% e 27,0% coito interrompido e 11,1% e 13,3% pílula do dia seguinte, respectivamente, como forma de contracepção a última vez que tiveram relações sexuais.

Sobre as razões de chances de este comportamento ser acometido, os rapazes com idades entre 24 a 26, do 3º ano do período noturno, casados ou que moram juntos com seus cônjuges, que afirmaram trabalhar remuneradamente ≥ 40 horas, apresentam maiores chances, com proporções significativas, do não uso do preservativo nas relações sexuais do que seus colegas, como observados na Tabela 13.

6.7 COMPORTAMENTOS RELATADOS QUANTO AOS HÁBITOS ALIMENTARES E AO PESO CORPORAL

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL - IBGE, 2009) que aproximadamente 49% dos brasileiros acima dos 20 anos encontra-se com excesso do peso. Na faixa etária de 20 a 24 anos, o

sobrepeso no sexo masculino saltou de 18,5% em 1974-1975 para 50,1% em 2008-2009. No sexo feminino, o aumento foi menor: passando de 28,7% para 48%.

Embora esta pesquisa não apresentasse dados da sua amostra sobre massa corporal e nem estatura, pode-se identificar entre os acadêmicos inquiridos que quanto a sua percepção sobre o seu peso corporal (massa corporal), 17,6% em ambos os gêneros, consideraram que estão ligeiramente ou muito abaixo do peso corporal, 34,6% se identificaram como estarem no peso ideal. No entanto 47,8% relataram estarem ligeiramente ou muito acima do peso, sendo 47,4% entre os rapazes e 48,0% entre as moças. Destes, 46,9% tiveram iniciativas para diminuir ou manter o seu peso corporal, onde mais da metade (58,6%), adotou práticas de exercícios físicos, (58,0%) utilizou-se de dietas, para este fim, outros vômitos/laxantes (9,0%) e outras ainda pílulas dietéticas (2,8%), para manter ou diminuir seu peso corporal.

Sobre hábitos alimentares, além das dietas citadas anteriormente, como iniciativa para manter ou diminuir o peso corporal, esta pesquisa procurou identificar também o número de porções de frutas e/ou vegetais que usualmente os acadêmicos comem por dia. Verificou-se que 15,4% afirmaram comer nenhuma porção/dia, 64,5% relataram com de 1-2 porções/dia e 20,1% 3-≥ 5 porções/dia.

Corroborando com os dados, sobre o peso corporal e hábitos alimentares, podemos citar a pesquisa de Malinauskas et al. (2006), com universitárias do curso de Nutrição da Universidade de Greenville, USA, que 21% estavam no peso corporal esperado, 21% com sobrepeso e 5% obesas. Ou ainda observar o estudo de Fernandes et al. (2007), com estudantes dos cursos de Nutrição e Enfermagem, Gonçalves et al. (2008), com universitários, de dois cursos Nutrição e Educação Física e do estudo de Marcondelli et al. (2008). O primeiro estudo identificou que 23,6% dos acadêmicos estavam em comportamento alimentar inadequado; no segundo a pesquisa observou que 75,8% do curso de Nutrição e 78,2% do curso de Educação Física, estavam insatisfeitos com a forma corporal. No terceiro estudo, apresentaram prevalências em que 79,7% tinham alimentação inadequada, 23,0% consumiam leites e derivados, 24,9% frutas e vegetais e 25,9% carboidratos complexos, e ainda que 74,0% tinham o hábito de elevada proporção de consumos inadequados de refrigerantes e doces”.

Nos relatórios publicados da *American College Health Association* (ACHA 2011, 2012 e 2013), apresentam escores de proporções superiores a desta pesquisa, sobre hábitos alimentares. Os principais achados nestas pesquisas, em

relação ao consumo de frutas ou vegetais/dia, resultaram em que 58,3%, 58,9% e 58,7% afirmaram comem 1-2 porções e 6,2%, 5,4% e 6,3% respectivamente comem ≥ 5 porções de frutas ou vegetais por dia.

Indicadores sociodemográficos de comportamentos de risco relacionados aos hábitos alimentares somente apresentou diferenças significativas em proporções de razões de chances em acadêmicos do turno noturno, que demonstram valores superiores de chance de não consumir frutas e verduras que universitários do turno diurno, como observado na Tabela 13.

6.8 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

A prática do exercício físico somada à hábitos alimentares são fatores relatados na literatura como comportamentos influenciadores na qualidade e estilo de vida saudável entre os seres humanos.

Entre os jovens a prática do exercício físico demonstra índices diferenciados. Neste estudo, com universitários, o comportamento da prática do exercício físico demonstrou que 52,7% dos entrevistados, em ambos os gêneros, relataram realizar de 1-7 dias/semana, exercícios físicos de intensidade moderada (caminhada) pelo menos 30 minutos, nos últimos 7 dias, sendo que neste caso, os rapazes apresentaram maiores percentuais, quando comparados com as moças, 55,5% versus 40,6%.

No exercício físico, como a de intensidade rigorosa (corrida) pelo menos 20 minutos, apresentou os índices mais inferiores no que se refere ao exercício físico, sendo que 39,0% dos universitários em ambos os gêneros relataram fazê-la de 1-7 dias/semana. Notas-se que, mais uma vez os rapazes apresentaram índices superiores às moças, 43,9 versus 35,4%. Quanto aos exercícios de fortalecimento muscular (musculação), por 8-12 repetições cada, nos últimos 7 dias, identificou que 33,8% dos acadêmicos, em ambos os gêneros afirmaram fazer de 1-7 dias/semana. Novamente os rapazes demonstraram percentuais superiores que as moças na prática do exercício físico muscular, com 36,3% versus 32,0%.

Estudos que corroboram com estes achados, podem ser observados em Guedes et al. (2006), com acadêmicos do curso de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina-PR, sobre prática habitual de

atividade física. Os resultados demonstraram que 41,9% (masculino) e 31,9% (feminino) se identificaram como sendo muito ativos, 76,3% e 80,0% como ativos e 23,7% e 20,0%, respectivamente, como sendo sedentários e insuficientemente ativos. No estudo de Marcondelli et al. (2008), com universitários da Universidade de Brasília, DF, que verificaram que 65,5% eram sedentários, tendo o curso de Medicina e Enfermagem com maior proporção, 20,7% e a Educação Física, com a menor proporção com 6,5%.

Estudos semelhantes ao desta pesquisa sobre os níveis de prática de exercício físico podem ser observadas nos estudos de Vankim; Nelson (2013), com universitários de Harvard, USA e Conroy et al. (2013), com universitários da Universidade Estadual da Pensilvânia, USA, sendo que os valores de prevalências encontradas no primeiro estudo revelaram que 36,8% (rapazes) 36,4% (moças) não atendiam as recomendações da prática de atividade física vigorosa. No segundo estudo, 17,2% tinham o hábito da prática da atividade física e 4,6% tinham a intenção da prática de realizar o exercício físico.

Pauline (2013) investigou universitários do nordeste dos USA sobre a prática de atividade física e verificou que 49,4% dos acadêmicos realizavam 20 minutos de atividade física rigorosa ≥ 3 dias por semana, 15,4% realizavam 30 minutos de atividade física moderada ≥ 5 dias por semana, e ainda que 18,2% não se envolviam em qualquer atividade física moderada ou vigorosa. Outro estudo epidemiológico envolvendo universitários sobre a prática da atividade física, com resultados superiores aos achados desta pesquisa foi a de Malinauskas et al. (2006), que teve como amostra, universitárias do curso de Nutrição da Universidade de Greenville, USA, e verificou que 80% dos Nutricionistas tinham o hábito da prática de exercício físico com 3 horas/semana de atividade física aeróbica vigorosa.

Os resultados encontrados nesta pesquisa podem ser comparados com os relatórios publicados da *American College Health Association* (ACHA). Nas pesquisas da ACHA (2011, 2012 e 2013), foi verificado que em relação à prática de exercício físico de intensidade moderada (caminhada rápida) por 30 min./dia, 57,5%, 56,3% e 56,6% "praticam" de 1-4 dias/semana, 19,5%, 20,1 e 20,0% "praticam" de 5-7 dias/semana, respectivamente, no exercício de intensidade rigorosa (corrida) por 20 min./dia, 30,8%, 30,4% e 30,2% "praticam" de 1-2 dias/semana e 30,7%, 29,1% e 31,4% "praticam" de 3-7 dias/semana, respectivamente. Em relação ao exercício físico com prática de fortalecimento

muscular (8-12 repetições na musculação), 55,8%, 53,2% e 50,7% relataram não realizar (ACHA 2011, 2012 e 2013).

Para complementar o inquérito sobre a prática do exercício físico, esta pesquisa procurou investigar sobre a participação dos universitários da UEL em competições esportivas, e encontrou resultados em que 8,8% em ambos os gêneros, tinham participado em eventos esportivo em nível do ensino médio, 13,5% na universidade e 12,9% em competições extra campus/faculdade.

Sobre a participação em eventos esportivos, levantamentos da ACHA (2011, 2012 e 2013) demonstraram que 7,8%, 8,5% e 6,3% afirmaram ter participado em competições esportivas no ensino médio, 11,5%, 10,2% e 9,1% na universidade e 18,7%, 18,1% e 15,8% em competições esportivas extra campus/universidade. Estes resultados quando comparados aos achados nesta pesquisa, levaram-nos a constatar que, se somarmos a participação em exercícios físicos em 1-7 por semana, os universitários americanos têm índices percentuais superiores aos acadêmicos deste estudo, tanto na atividade moderada (caminhada), como na rigorosa (corrida). Por outro lado, quando analisada a participação em competições esportivas em nível do ensino médio e universitário, os acadêmicos do presente estudo apresentaram escores superiores aos dos americanos, entretanto sobre a participação em eventos esportivos extra campus/universidade, foram os americanos que demonstraram ter participado em mais competições do que os universitários que fazem parte desta amostra.

Em relação sobre as razões de chances entre os indicadores sociodemográficos da prática do exercício físico, foram encontradas proporções significativas apenas no gênero, onde os rapazes apresentam maiores razões de chances de prática de exercício físico, como caminhar por 30 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade moderada), correr por 20 minutos na semana/nos últimos 7 dias (intensidade rigorosa) e exercícios de fortalecimento muscular (musculação) na semana/nos últimos 7 dias, como verificados na tabela13.

6.9 PROJETOS E AÇÕES DE INTERVENÇÃO JUNTO À COMUNIDADE ACADÊMICA

Diante do cenário comportamental dos universitários apresentado nesta pesquisa, torna-se importantes relevantes às ações intervencionistas por meio

de projetos, programas e ações que possam possibilitar à comunidade acadêmica informações, tratamento e até mesmo a redução dos comportamentos que venham causar prejuízos à sua saúde.

Projetos já existentes na UEL atendem universitários em diversas áreas, como o Núcleo de Atividade Física (NAFI), que surgiu a partir do ano de 1998, onde a Universidade Estadual de Londrina através dos conselhos superiores houve por bem extinguir a Prática da Educação Física, como disciplina curricular obrigatória, uma vez que a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei 9394/96, dava essa permissão as Instituições de Ensino Superior e, por isso, o Centro de Educação Física e Esporte desta Universidade, após várias reuniões com os docentes do centro e Centro Acadêmico, atendendo a proposta da Coordenação da Prática de Educação Física, compreendeu ser necessário à oferta de programas de atividade física para a comunidade universitária e londrinense, para ocupar a lacuna que se formou com a extinção da Prática de Educação Física, e também oferecer outras atividades que viessem de encontro aos desejos desta comunidade.

A principal finalidade do NAFI é integrar o Centro de Educação Física e Esporte da UEL com a comunidade universitária (alunos, professores e funcionários), dependentes e comunidade externa mediante ações de atendimento no campo da atividade/exercício físico relacionado à saúde, acompanhados e orientados por docentes e acadêmicos dos cursos de Educação Física e Esporte.

Associado ao aspecto da prática do exercício físico está o aspecto nutricional, e para isso foi criado em setembro de 1995, quando o governo do estado autorizou a liberação da primeira parcela da construção do Restaurante Universitário da Universidade Estadual de Londrina, que em março de 1996 foi iniciada a construção, que hoje é uma realidade.

O Restaurante Universitário (RU) no Campus da UEL, reivindicação histórica de mais de 25 anos, é hoje uma realidade que traz grandes benefícios a alunos de graduação e pós-graduação, professores, funcionários entre outros. Inaugurado no dia 30 de abril de 1998, inicialmente foi projetado para servir 3.000 refeições/dia, atualmente atende em média 3.800 a 4.000 refeições/dia. Que tem com finalidades, fornecer uma alimentação balanceada que atenda as necessidades nutricionais e de paladar, oportunizar o desenvolvimento de programas de educação nutricional e sanitária e dar condições de maior vivência universitária, mantendo estreita relação com os seus usuários.

Na questão da saúde, a UEL dispõe de projetos associados nas dependências do hospital universitário, no Departamento de Atendimento da Saúde Comunitária (DASC), que foi implantada no HU, no ano de 2002, após estudo realizado por uma Comissão designada pela Portaria nº 004365 de 24 de julho de 2002, na gestão da Reitora Lygia Pupatto, com a finalidade de propor a Reestruturação do Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária, prestado pelo Núcleo de Bem-Estar da Comunidade – NUBEC. Conforme Resolução CA Nº 167/2002, de 18 de outubro de 2002, houve a transferência dos serviços de atendimento a saúde à Comunidade Universitária (Divisão Médica, Divisão de Enfermagem e Divisão Odontológica) do Núcleo de Bem Estar da Comunidade para o Hospital Universitário. A Resolução CU Nº 06/2005, de 18 de fevereiro de 2005, introduz alterações no Regimento do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná em decorrência da criação da Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade da UEL – DASC e as seções que especifica, passando a integrar a Diretoria Superintendente. Tem com missão desenvolver ações de promoção, proteção e apoio à saúde em nível ambulatorial, com equipe multiprofissional e interdisciplinar, propondo e implantando ações de saúde articuladas em parceria com outros órgãos, em busca da melhoria na qualidade de vida da comunidade da UEL.

O NUBEC, que hoje após algumas transformações passou a ser denominado de Serviço de Bem Estar da Comunidade (SEBEC) tem por finalidade a promoção do bem-estar da comunidade universitária por meio da operacionalização de serviços e programas relacionados às áreas de saúde do trabalhador, serviço social, alimentação e nutrição, segurança do trabalho, assistência estudantil e técnico administrativo de apoio.

Associados a alguns centros e programas do governo estadual e municipal, apoio com informações e intervenções são realizados nos setores da cultura, jurídica, social e administrativa. Outro aspecto em que a Universidade Estadual de Londrina disponibiliza aos acadêmicos está nas questões psicológicas, onde a entidade através do curso da área mantém um contacto direto com os universitários que necessitam de apoio ou algum tipo de tratamento. Também assessoramento e acompanhamento com comportamentos relacionados a uso de drogas lícitas e ilícitas, além das questões referentes ao comportamento sexual, em ações contraceptivas e gestacionais.

Diante do exposto é importante entender que, após a realização deste estudo que tais programas, projetos ou ações de intervenções que já existam sejam continuadas com atuais e novas ideias e investimentos, mas que outros projetos ou ações pertinentes sejam desenvolvimentos com o intuito da diminuição dos comportamentos de risco observados ou não, nesta pesquisa.

Na realização deste estudo alguns fatores foram importantes para o seu desenvolvimento, tanto no desenvolvimento metodológico, como nos aspectos estruturais e logísticos. Fatores estes que foram limitantes desde problema inicial, a busca da população e amostra, a coleta dos dados, a análise e conclusão.

As maiores dificuldades encontradas no estudo foi na estruturação e agendamento da aplicação do questionário, devido à colaboração tanto dos docentes, como as dos acadêmicos, que em alguns momentos não puderam cumprir com o agendamento prévio, causando o desconforto, provocando um novo agendamento, mas de modo geral foram muito compreensíveis com o desenvolvimento do estudo.

A coleta de dados de corte transversal pode descrever com precisão padrões de associação, mas não causalidade.

Este relatório é baseado em dados de auto-relatados e estão sujeitos a algumas fontes de erro. Os participantes que intencionalmente ou não intencionalmente distorceram suas respostas, podem representar um fonte de viés. Assim, viés de memória e pressão para dar socialmente respostas desejáveis podem representar fontes de erro.

Vários itens no NCHA avaliou estudantes com experiências durante o ano letivo anterior, por causa de diferenças entre as datas de início do ano acadêmico e as datas de coleta, esses itens podem medir um período de tempo variando de 5 a 9 meses. É importante notar esta diferença quando se compara dados com itens semelhantes das pesquisas que pedem lembranças de 12 meses.

7. CONCLUSÃO

Após a busca, análise e discussão dos dados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que realizar pesquisa epidemiológica de característica comportamental na identificação de prevalência do risco, suas associações e as chances de ocorrer o desfecho entre as características sociodemográficas é o alicerce necessário para a construção de políticas públicas ou privadas, focadas na busca da solução dos problemas específicos desta fração da sociedade universitária.

Posto isto, o presente trabalho, que teve como campo amostral os estudantes da Universidade Estadual de Londrina Paraná – UEL pode ser considerada ação inicial no levantamento de questões relativas ao comportamento de risco e estilo de vida no meio universitário.

Na compreensão dos dados obtidos no estudo é possível observar que existem comportamentos de risco que causam grande preocupação, como a quantidade de jovens que já tentaram suicídio, o elevado índice de universitários que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas, do uso drogas ilícitas como maconha e cocaína, além do comportamento de risco vinculado à atividade sexual realizada sem adequada proteção.

Quanto ao estilo de vida da amostra analisada, os hábitos alimentares destes não se observaram, neste caso, características extremas de alimentação inadequada, no qual mais metade da amostra relatou ingestão de alimentos saudáveis. Considerando a prática do exercício físico, a grande maioria dos estudantes não se encontra envolvido em programas regulares de exercício físico de acordo com recomendações internacionais, expondo-se assim, a riscos relativos da referida inatividade, associada ao aumento considerável no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Levando-se em conta aos fatores associados aos comportamentos de risco para a saúde, foi possível observar que em relação às chances de ocorrer o comportamento de risco de dirigir após ingerir bebida alcoólica, está entre os rapazes de 21 à >26 anos, de cor de pele não branca, que residem sozinhos, trabalham de 20-39 horas, matriculados nos cursos da área das humanas e que estudam do 2º ao ≥4º ano. Quanto uso do tabaco, entre os rapazes, universitários

de 21 a 23 anos, que residem em repúblicas estudantis, das áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e das áreas humanas.

Os rapazes de 21 a 23 anos, cor de pele branca, do 2º ano, dos turnos noturno e integral apresentam maiores chances de consumirem bebidas alcoólicas.

Quanto ao uso da maconha, os rapazes que residem em repúblicas estudantis, das áreas Jurídicas, Econômicas e Administração e das áreas humanas, estão expostos a maiores chances do uso, já no uso de cocaína está entre os rapazes de idades entre 24-26, da área das Humanas.

Sobre relações sexuais e não usarem preservativos como método contraceptivo encontram-se mais exposto os rapazes com idades entre 24 a 26 anos, do 3º ano do período noturno, casados ou moram juntos com seus cônjuges, que afirmaram trabalhar remuneradamente ≥ 40 horas. E ainda sobre as chances da não prática do exercício, foram encontradas proporções significativas apenas no gênero, onde as moças apresentam maiores razões de chances de não praticar de exercício físico.

Neste contexto, podemos compreender que por meio das informações levantadas nesta pesquisa, pode-se sugerir que os projetos já existentes no contexto da Universidade Estadual de Londrina, sejam dados continuidade, sempre buscando novas ideias e alternativas para sua melhora e aperfeiçoamento, e que novos projetos possam ser idealizados no intuito de que comportamentos como os apresentados aqui neste estudo ou outros existentes possam apresentar uma redução gradativa. E em consequência, não influencie de forma negativa o convívio da comunidade, sua adesão e busca do conhecimento educacional, que constitui o propósito da formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

AJIBADE, P.B.; Health risk behaviors of black male college students: seat belt use, smoking, and obesity status. **ABNF J**, 85-9, 2010.

ALPERT, B.S.; WILMORE, J.H.; Physical activity and blood pressure in adolescents. **Pediatr Exerc Sci**, 6: 361-80, 1994.

ACHA. American College Health Association. **National College Health Assessment: user's manual**. Linthicum: American College Health Association. 2004.

ACHA. American College Health Association. National College Health Assessment: spring 2005 reference group data report (abridged). **J of Am Coll Health**, vol 55, n 1: 5-16, 2006.

ACHA. American College Health Association National College Health Assessment: spring 2006 reference group data report (abridged). **J of Am Coll Health**, vol 55, n 4:195-206, 2007.

ACHA. American College Health Association National College Health Assessment: spring 2007 reference group data report (abridged). **J of Am Coll Health**, vol 56, n 5: 469-79, 2008.

ACHA. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment Spring 2008 Reference Group Data Report (abridged): the American College Health Association. **J Am Coll Health**, 57: 477-88, 2009.

ACHA. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: **Reference Group Executive Summary the American College Health Association Fall 2009**: American College Health Association, 1-61, 2010.

ACHA. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: **Reference Group Executive Summary the American College Health Association Fall 2010**: American College Health Association, 1-61, 2011.

ACHA. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: **Reference Group Executive Summary the American College Health Association Fall 2011**: American College Health Association, 1-64, 2012.

ACHA. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: **Reference Group Executive Summary the American College Health Association Fall 2012**: American College Health Association, 1-61, 2013.

ACHA. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: **Reference Group Executive Summary the American College Health Association Canada Fall 2012**: Hanover MD: American College Health Association, 1-61, 2013.

ACHA. American College Health Association. **Liderança e Estrutura**. 2012. Disponível em: http://www.acha.org/About_ACHA/Leadership_Structure.cfm Acesso em 19/07/12.

ARMSTRONG, N.; SIMONS-MORTON, B.; Physical activity and blood lipids in adolescents. **Pediatr Exerc Sci**, 6: 381-405, 1994.

ASHTON, W.D.; NANCHARAL, K.; WOOD, D.A.; Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women. **Eur Heart J**, 22, 46-55, 2001.

ARLISS, R.; A comparison of the sexual risk behaviors of asian American and pacific islander college students and their peers. **Am J Health Educ**, 39(4): 221-27, 2008.

BARANOWSKI, T.; BOUCHARD, C.; BAR-OR, O.; Assessment, prevalence and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. **Med Sci Sports Exerc**, 4: 237-41, 1992.

BAR-OR, O.; BARANOWSKI, T.; Physical activity, adiposity and obesity among adolescents. **Pediatr Exerc Sci**, 6: 348-60, 1994.

BAZZANO, L.A.; HE, J.; OGDEN, L.G.; LORIA, C.M.; VUPPUTURI, S.; MYERS, L.; WHELTON, P.K.; Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: the first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. **Am J Clin Nutr**, 76(1): 93-9, 2002.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHNS, T.; Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, Illinois: **Human Kinetics**, 1994.

BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E.; HOGA, L.A.K.; CONTIN, M.V.; Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. **Cad Saúde Púb**, (4): 816-26, 2010.

BRASIL - CTB - **Código de Trânsito Brasileiro**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9503.htm Acessado em 05/11/2008.

BUCHANAN J.C.; PILLON S.C.; Drug consumption by medical students in Tegucigalpa, Honduras. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 16(especial): 595-600, 2008. CAVESTRO, J.M.; ROCHA, F.L.; Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **J Bras Psiquiatr**, 55(4): 264-67, 2006.

CEBRID – **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livro Informativo sobre drogas psicotrópicas** – Leitura recomendada para alunos a partir da 6ª série do ensino fundamental. 2003. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em 27/07/08.

CDC. Division of STD/HIV prevention annual report, 1990. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, **National Center for Preventive Services**, 1991.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of sedentary lifestyle: behavioral risk factor surveillance system, United States, 1991. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** 42: 576-9, 1993.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2005. **MMWR – Morb. Mortal. Wkly. Rep.** V. 55 (5): 1 – 108, 2005.

CHAVEZ, K.A.P.; O'BRIEN, B.; PILLON, S.C.; Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. **Rev Lat Am Enfermagem**, 13 (numero especial): 1194-2000, 2005.

CONROY, D.E.; ELAVSKY, S.; DOERKSEN, S.E.; MAHER, J.P.; A daily process analysis of Intentions and physical activity in college students. **J of Sport & Exerc Psychol**, 35: 493-502, 2013.

DANIELS, S.R.; ARNETT, D.K.; ECKEL, R.H.; Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. **Circulation**, 111: 1999-2012, 2005.

DIETZ, W.H.; Childhood weight affects adult morbidity and mortality. **J Nutr**, 128(Supl 2): 411-14, 1998.

DOUTHITT, V.L.; Psychological determinants of adolescent exercise adherence. **Adolescence**, 29: 711-22, 1994.

DOBROW, I.J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J.; Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Rev Bras de Psiquiatr**, 24(Supl III): 63-67, 2002.

DST. **Wikipédia - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7a_sexualmente_transmiss%C3%ADvel", acesso em 20/12/08.

EATON, D.K.; KANN, L.; KINCHEN, S.; ROSS, J.; HAWKINS, J.; HARRIS, W.A.; LOWRY, R.; MCMANUS, T.; CHYEN, D.; SHANKLIN, S.; LIM, C.; GRUNBAUM, J.A.; WECHSLER, H.; Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2005. **J Sch Health**, 76(7): 353-72, 2006.

EVERETT, S.A.; OELTMANN, J.; WILSON, T.W.; BRENER, N.D.; HILL, C.V.; Binge drinking among undergraduate college students in the United States: Implications for other substance use. **J Am Coll Health**, 50: 33-38, 2001.

FALCÃO JÚNIOR, D.S.P.; VIEIRA, F.L.; MOURA, L.E.; RABELO, S.T.O.; BEZERRA, P.A.K.; BARBOSA, X.L.; Conhecimentos de universitários da área da saúde sobre contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Enfermeria Global**, 15: 1-12, 2009.

FERNANDES, C.A.M.; RODRIGUES, A.P.C.; NOZAKI, V.T.; MARCON, S.S.; Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: Um estudo em universitários de uma instituição de ensino particular. **Arq Cien Saúde Unipar**, 11(1): 33-8, 2007.

FONTES, A.C.D.; VIANNA, R.P.T.; Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 12(1): 20-9, 2009.

FREEDMAN, D.S.; KHAN, L.K.; SERDULA, M.K.; DIETZ, W.H.; SRINIVASAN, S.R.; BERENSON, G.S.; The relation of childhood BMI to adult adiposity: The Bogalusa Heart Study. **Pediatric**, 115(1): 22-7, 2005.

GONÇALVES, T.D.; BARBOSA, M.P.; ROSA, L.C.L.; RODRIGUES, A.M.; Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **J Bras Psiquiatr**, 57(3): 166-70, 2008.

GONÇALVES, R.M.; PETROIANU, A.; JUNIOR J.R.F.; Características das pessoas envolvidas em acidentes com veículos de duas rodas. **Rev Saúde Públ**. v.31: 436-37, 1997.

GONSAGA, R.A.T.; RIMOLI, C.F.; PIRES, E.A.; ZOGHEIB, F.S.; FUJINO, M.V.T.; CUNHA, M.B.; Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev Col Bras**, 39(4): 263-67, 2012.

GUEDES, D.P.; SANTOS, C.A.; LOPES, C.C.; Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, 8(4): 5-15, 2006.

GUEDES, D.P.; TEIXEIRA, M.; Equivalências semântica e conceitual da versão em português do National College Health Assessment II. **Cad Saúde Públ**, 28(4): 806-10, 2012.

HE, F.J.; NOWSON, C.A.; MACGREGOR, G.A.; Fruit and vegetable consumption and stroke: meta analysis of cohort studies. **Lancet**, 367(9507): 320-26, 2006.

BRASIL - IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2007**. www.ibge.gov.br Acessada em 29/11/2010.

JAMES, P.; Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people. **Obes Surg**, 13: 329-30, 2003.

JOHNSON, P.; BOLES, S.M.; VAUGHAN, R.; HERBERT, D.; The co-occurrence of smoking and binge drinking in adolescence. **Addict Behav**, 25: 779-83, 2000.

KUSCHNIR, M.C.C.; MENDONÇA, G.A.S.; Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **J. Pediatr**, v. 83, n. 4: 335-42, 2007.

LABIAK, V.B.; LEITE, M.L.; VIRGENS FILHO, J.S.; STOCCO, C.; Fatores de exposição, experiência no trânsito e envolvimento anteriores em acidentes de trânsito entre estudantes universitários de cursos na área da saúde, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Saúde Soc São Paulo**, 17(1): 33-43, 2008.

LEE, R.L.T.; LOKE, A.J.T.Y.; Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. **Public Health Nurs**, 22: 209-20, 2005.

LEE, C.M.; NEIGHBORS, C.; KILMER, J.R.; LARIMER, M.E; A brief, web-based personalized feedback selective intervention for college student marijuana use: A Randomized Clinical Trial. **Psychol Addict Behav**. 24(2): 265–73, 2010.

LEVINA, M.E.; LILLISB, J.; SEELEYC, J.; HAYESA, S.C.; PISTORELLOA, J.; and BIGLANC, A.; Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders and alcohol-related problems among first-year college students. **J Am Coll Health**, 60(6): 443–48, 2012.

LI, W.; LEE, A.M.; SOLMON, M.A. Relationships among Dispositional Ability Conceptions, Intrinsic Motivation, Perceived Competence, Experience, Persistence, and Performance. **J of Teaching in Physical Education**. v 24, n1: 51-65, 2005.

LOPES, C.C.; **Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do Youth Risk Behavior Survey - versão 2007**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina/Universidade Estadual de Maringá, 2008.

LOUCHBAUM, M.R.; BIXBY, W.R.; WANG, C.K.J. Achievement goal profiles for self-report physical activity participation: differences in personality. **J of Sport Behavior**. 30(4): 471-91, 2007.

LUCAS, A.C.S.; PARENTE, R.C.P.; PICANÇO, N.S.; CONCEIÇÃO, D.A.; COSTA, K.R.C.; MAGALHÃES, I.R.S.; Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Pú**, 22(3): 663-71, 2006.

MALLETT, K.A.; VARVIL-WELD, L.; TURRISI, R.; READ, A.; An examination of college students' willingness to experience consequences as a unique predictor of alcohol problems. **Psychol Addict Behav**, 25(1): 41–7, 2011.

MALINAUSKAS, B.M.; RAEDEKE, T.D; AEBY, V.G.; SMITH, J.L.; DALLAS, M.B.; Dieting practices, weight perceptions, and body composition: A comparison of normal weight, overweight, and obese college females. **Nut J**, 5(11): 1-8, 2006.

MARCONDELLI, P. ; COSTA, T.H.M. ; SCHMITZ, B.A.S. ; Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Rev Nutr Campinas**, 21(1): 39-47, 2008.

MELO, L.; SOUZA.; M.R.; SANTOS, N.M.; Sexualidades de estudantes universitários: um estudo sobre valores, crenças e práticas sociais da cidade de Goiânia. **Rev Sociedade e Cultura**, 11(1): 102-11, 2008.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y.; Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev Bras Psiquiatr**, 27(2): 131-34, 2005.

MUNDT, M.P.; ZAKLETSKAIA, L.I.; BROWN, D.D.; FLEMING, M.F.; Alcohol-induced memory blackouts as an indicator of injury risk among college drinkers. **Inj Prev**, 18(1): 44–9, 2012.

MUST, A.; JACQUES, P.F.; DALLAL, G.E.; BAJEMA, C.Y.; DIETZ, W.H.; Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up at the Harvard Growth Study of 1922 to 1955. **N Engl J Med**, 327: 1350-5, 1992.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. **Traffic Safety Facts 2004**: Occupant protection. National Highway Traffic Safety Administration Web site. Disponível em: <http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/pdf/nrd-30/NCSA/TSF2004/809909.pdf>. Acessado em: 20/03/09.

NIEKERK, E.V.; BARNARD, J.G.; Health and lifestyle practices among female students in a South African university setting. **Coll Student J**, vol. 45(3): 649-66, 2011.

NUNOMURA, M; TEIXEIRA, L.A.C.; CARUSO, M.R.F. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. **Rev MacKenzie de Ed Fís e Esporte**, v. 3, nº 3: 125-34, 2004.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: **Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes**. Washington, D.C. 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-normas.pdf> Acessado em 25/09/08.

PALMA, A.; ABREU, R.A.; CUNHA, C.A.; Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física. **Rev Bras Epidemiol**, 10(11): 117-26 2007.

PAULINE, J.S.; Physical activity behaviors, motivation, and self-efficacy among college students. **College Student J**, Vol. 47, n 1: 1-28, 2013.

PINHO, F.M.O.; OLIVEIRA, V.R.C.; Comportamentos de risco no trânsito: um estudo entre jovens universitários. **Rev Eletr Enf**, 11: 110-16, 2009.

PRECIOSO, J.; Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. **Rev Electrónica Enseñanza Ciências**, 3(2): 4710-57, 2004.

ROLLS, B.J.; ELLO-MARTIN, J.A.; TOHILL, B.C.; What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management. **Rev Nutr**, 62(1): 1-17, 2004.

ROZI, S.; BUTT, Z.A.; AKHTAR, S.; Correlates of cigarette smoking among male college students in Karachi, Pakistan. **BMC Public Health**, 7(312): 1-8, 2007.

SÁNCHEZ, M.A.; CONDE, C.J.; URIBE, F.; “Core group” para identificar universitários em risco para infecções sexualmente transmissíveis. **Rev Saúde Públ**, 42(3): 428-36, 2008.

SANTOS, M.L.R.R.; **Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários**. Tese de Doutorado em Psicologia na Universidade de Aveiro. Portugal, 1-375, 2011.

SANTOS, W.J.; SAKAE, T.M.; ESCOBAR, B.T., Relação entre o uso de drogas e comportamento sexual de risco em universitários de um curso de Medicina. **AMRIGS**, 53(2): 156-64, 2009.

SECCO, F.S.; **Jovens vidas em risco: o que temos a ver com isso?** Disponível em <http://www.vivamais.rs.gov.br/upload/artigo/artigo6.pdf>; acessado em 30 de setembro de 2008.

SEKIJIMA, K.; SEKI, N.; SUZUKI, H.; Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among student and staff nurses in Niigata, Japan. **J Exp Med**, 206: 187-94, 2005.

SHAPER, A.G.; WANNAMETHEE, S.G.; WALKER, M.; Pipe and cigar smoking and major cardiovascular events, cancer incidence and all-cause mortality in middle-age British men. **Inter J Epidemiol**, 32: 802-08, 2003.

SILVA, D.A.S.; PETROSKI, E.L.; Fatores associados ao nível de participação em atividades físicas em estudantes de uma universidade pública no sul do Brasil. **Ciê Saúde Coletiva**, vol.16, n10: 4087-94, 2011.

SCHOLLY, K.; KATZ, A.R.; COLE, D.; HECK, R.H.; Factors associated with adverse sexual Outcomes among college students. **Am J of Health Studies**, 25(4): 176-85, 2010.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C.; Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciê Saúde Coletiva**, 11(Supl): 1211-222, 2007.

SMITH, C.A. Factors associated with early sexual activity among urban adolescents. **Social Work**, v. 42: 334-346, 1997.

STEMPLIUK, V.A.; BARROSO, L.P.; ANDRADE, A.G.; NICASTRI, S.; MALBERGIER, A.; Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. **Rev Bras Psiquiatr**, 27(3): 185-93, 2005.

STULHOFER, A.; SOH, D.; JELASKA, N.; BACAK, V.; and LANDRIPET I.; Religiosity and sexual risk behavior among Croatian college students, 1998–2008. **J of Sex Research**, 48(4): 360–371, 2011.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de; PAULA, Mariana Campos de; Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev da Soc Bras de Med Tropical**, v. 37 n 3: 210-214, 2004.

TERRY, P.; TERRY, J.B.; WOLK, A.; Fruit and vegetable consumption in the prevention of cancer: An update. **J Inter Med**, 250(4): 280-90, 2001.

TEIXEIRA, M.; **Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do Youth Risk Behavior Survey - College**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina/Universidade Estadual de Maringá, 2009.

TYDE´N, T.; PALMQVIST, M.; LARSSON, M.; A repeated survey of sexual behavior among female university students in Sweden. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 215–19, 2012.

TREPKA, M.J.; SUNNY, K.; VUKOSAVA, P.; ZAMOR, P.; VELEZ, E.; GABARONI, M.V.; High-Risk sexual behavior among students of a minority-serving university in a community with a high HIV/AIDS prevalence. **J Am Coll Health**, 57(1): 77-84, 2008.

TURCHIK, J.A.; GARSKE, J.P.; PROBST, D.R.; IRVIN, C.R.; Personality, sexuality, and substance use as predictors of sexual risk taking in college students. **J of Sex Research**, 47(5): 411–19, 2010.

US. Department of Health and Human Services. **Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VANKIM, N.A.; NELSON, T.F.; Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students American. **J of Health Promotion**, Vol. 28, No. 1: 1-15, 2013.

VEGGI, Alessandra Bento; **Auto percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo pró-saúde**. 137p. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

WAISELFISZ, J.; **Mapa da violência IV: os jovens do Brasil**. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

WISQARS - **Web-based Injury Statistics Query and Reporting System**. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

APÊNDICE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física

Linha de Pesquisa: Atividade Física Relacionada à Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS

Objetivo do projeto: Investigar os comportamentos de risco para a saúde em universitários de ambos os sexos regularmente matriculados nos cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina-Paraná. **Procedimentos:** A aplicação do questionário será realizada por um pesquisador conhecedor do instrumento e treinado quanto aos seus procedimentos. A sala de aula será visitada, explicar-se-ão os objetivos do projeto aos universitários presentes, os princípios de sigilo, não-identificação no estudo e não-influência no desempenho acadêmico. Então os universitários serão convidados a participar do estudo e, aqueles que concordarem em participar do estudo receberão as instruções para o autopreenchimento do questionário e a informação de que o pesquisador está à disposição para eventuais esclarecimentos. Após o preenchimento e a devolução do questionário, este será armazenado junto com os demais. **Desconfortos e Riscos:** O questionário que deverá ser aplicado já foi validado para utilização na realidade brasileira. Desse modo, acredita-se que não deverão haver riscos ou desconfortos para a integridade física, mental ou social dos participantes. **Benefícios esperados:** Os resultados obtidos a partir do estudo poderão auxiliar no desencadeamento de ações intervencionistas que favoreçam a promoção da saúde, além de serem bastante úteis para a compreensão das razões que podem levar os sujeitos a um mau desempenho acadêmico. **Esclarecimentos antes e durante a pesquisa:** Todos os sujeitos envolvidos na investigação terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Qualquer pergunta sobre a metodologia utilizada no projeto ou informações adicionais que se fizerem necessárias serão encorajadas. **Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** A permissão para participar do projeto é voluntária. Portanto, os responsáveis legais estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização. **Despesas decorrentes da participação no projeto de pesquisa:** Os voluntários estarão isentos de qualquer despesa ou ressarcimento decorrente do projeto de pesquisa. **Exposição dos resultados e preservação da privacidade:** Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados encontrados; contudo, sem que haja identificação dos indivíduos que prestaram sua contribuição como sujeitos da amostra, respeitando, assim, a privacidade dos participantes conforme rege as normas éticas.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pós-graduando Marcio Teixeira e ter entendido o que me foi explicado, não havendo mais dúvidas, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do projeto.

Assinatura do participante

Eu, Marcio Teixeira, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto. Em caso de qualquer dúvida, favor entrar em contato conosco na Direção do Centro de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina – Fones 3371.4144 ou 96051701 - E-MAIL: marciotreino20@hotmail.com

Assinatura do Pós-Graduando

Londrina, _____ de _____ de 2013.

ANEXO

QUESTIONARIO – NCHA II



COMPORTAMENTOS DE RISCO EM UNIVERSITÁRIOS – NCHA II

Instruções:

As questões deste inquérito estão relacionadas com vários aspectos de sua saúde. Para responder as questões, assinale a opção que corresponde à sua situação. Salvo indicação em contrário selecione apenas uma única opção. Este levantamento é totalmente voluntário. Se for o caso, você pode optar por não participar. Ao optar por participar deste levantamento, você pode ignorar qualquer questão que não esteja confortável para responder. Não escreva seu nome ou faça nenhuma marca em qualquer parte do inquérito que possa identificá-lo individualmente. Suas respostas deverão ser mantidas em total sigilo. Suas respostas deverão ser compartilhadas com as demais de sua Faculdade-Universidade para formular futuramente programas de promoção da saúde.

**Muito grato pelo seu tempo e posicionamento para a conclusão deste inquérito.
Agradecemos a sua participação.**

SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SEGURANÇA

1. De maneira geral como você descreve sua saúde?

Excelente Muito boa Boa Razoável Ruim Não sei

(Assinale a coluna apropriada para cada item)

2. Você tem recebido informações sobre os seguintes temas em sua faculdade/universidade?

3. Você esta interessado em receber informações sobre os seguintes temas em sua faculdade/universidade?

	Não	Sim	Não	Sim
Consumo de bebida alcoólica e de outras drogas				
Gripe/inflamação de garganta				
Depressão/ansiedade				
Transtornos alimentares				
Dor e perdas (morte)				
Como auxiliar outras pessoas em desastres				
Prevenção de lesões				
Alimentação				
Prática de atividade física				
Prevenção de gravidez				
Problemas com uso de internet e jogos eletrônicos				
Dificuldades de relacionamento inter-pessoal				
Prevenção de violência sexual				
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis				
Dificuldade para dormir				
Controle de estresse				
Prevenção de suicídio				
Uso de tabaco				
Prevenção de violência				

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou:
(Marque a coluna apropriada para cada item)

Eu não andei com um desses veículos nos últimos 12 meses	Raramente			Algumas vezes		
	Nunca			A maioria das vezes		
						Sempre
Cinto de segurança quando andou de carro?						
Capacete quando andou de bicicleta?						
Capacete quando andou de motocicleta?						
Capacete quando utilizou patins?						

5. Nos últimos 12 meses:
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Você se envolveu em luta corporal?		
Você foi agredido(a) fisicamente (não incluir violência sexual)?		
Você foi ameaçado(a) verbalmente?		
Você foi assediado(a) sexualmente sem seu consentimento?		
Você foi tentado(a) a penetração sexual (vaginal/anal) sem seu consentimento?		
Você foi penetrado(a) sexualmente (vaginal/anal) sem seu consentimento?		
Você foi vítima de algum tipo de perseguição (p.ex., pessoas espreitando você fora de sua sala de aula, nas imediações de sua residência ou local de trabalho; receber repetidos e-mail ou chamadas telefônicas)?		

6. Nos últimos 12 meses, você manteve um relacionamento íntimo que foi:
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Emocionalmente abusivo (p.ex., ridicularizado(a), agredido(a) verbalmente, expressões pejorativas, gritos)?		
Fisicamente abusivo (p.ex., socos, tapas, pontapés)?		
Sexualmente abusivo (p.ex., forçado(a) a ter relação sexual quando você não queria, forçado(a) a realizar ou a permitir a realização de um ato sexual indesejado em você)?		

7. O quanto seguro você se sente:
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Pouco inseguro		Pouco seguro	
	Totalmente inseguro		Totalmente seguro	
No campus universitário/faculdade (durante o dia)?				
No campus universitário/faculdade (no período da noite)?				
Na comunidade no entorno do campus universitário/faculdade (durante o dia)?				
Na comunidade no entorno do campus universitário/faculdade (no período da noite)?				

BEBIDA ALCOÓLICA, TABACO E OUTRAS DROGAS

8. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou: (Marque a coluna apropriada para cada item)

	3-5 dias			6-9 dias		
	1-2 dias			10-19 dias		
	Já usei, mas não nos últimos 30 dias			20-29 dias		
	Nunca usei			Uso diariamente		
Cigarro						
Narguilé ou arguile						
Cigarrilha ou pequenos cigarros						
Cachimbo ou fumo de corda						
Bebida alcoólica (cerveja, vinho, destilados)						
Maconha						
Cocaína (pó, crack ou pasta)						
Metanfetaminas						
Outras anfetaminas (inibidor de apetite, bennies)						
Sedativos						
Alucinógenos (LSD, PCP)						
Anabolizantes (esteróides anabólicos)						
Opiáceos (heroína, morfina)						
Inalantes (cola, solventes, spray lança perfume)						
Êxtase (“ <i>droga do amor</i> ”)						
Outra droga ilegal						

9. Nos últimos 30 dias, com que frequência você acredita que um estudante de sua universidade/faculdade usou: (Estabeleça sua melhor estimativa. Marque a coluna apropriada para cada item)

	3-5 dias			6-9 dias		
	1-2 dias			10-19 dias		
	Já usou, mas não nos últimos 30 dias			20-29 dias		
	Nunca usou			Usa diariamente		
Cigarro						
Narguilé ou arguile						
Cigarrilha ou pequenos cigarros						
Cachimbo ou fumo de corda						
Bebida alcoólica (cerveja, vinho, destilados)						
Maconha						
Cocaína (pó, crack ou pasta)						
Metanfetaminas						
Outras anfetaminas (inibidor de apetite, bennies)						
Sedativos						
Alucinógenos (LSD, PCP)						
Anabolizantes (esteróides anabólicos)						
Opiáceos (heroína, morfina)						
Inalantes (cola, solventes, spray lança perfume)						
Êxtase (“ <i>droga do amor</i> ”)						
Outra droga ilegal						

Uma dose de bebida alcoólica é definida por ½ garrafa ou 1 lata de cerveja, ou 1 copo de vinho, ou 1 dose de uísque/conhaque/cachaça/vodka/gim/rum/licor/conhaque/champagne.

10. Da última vez que foi a uma festa ou confraternizou com amigos quantas doses de bebida alcoólica você tomou? (Se você não tomou bebida alcoólica assinale 00. Se tomou menos que 10 doses, assinale 01, 02, 03, etc.).
11. Da última vez que foi a uma festa ou confraternizou com os amigos por quanto tempo você permaneceu tomando bebida alcoólica? (Se você não tomou bebida alcoólica assinale 00. Se tomou menos que 10 doses, assinale 01, 02, 03, etc.).
12. Quantas doses de bebida alcoólica você acredita que um estudante típico de sua universidade/faculdade tomou na última vez que ele/ela foi a uma festa ou confraternizou com os amigos? (Se acredita que um estudante típico de sua universidade/faculdade não tomou bebida alcoólica assinale 00. Se tomou menos que 10 doses, assinale 01, 02, 03, etc.).

(0) (0)
 (1) (1)
 D (2) (2)
 O (3) (3)
 S (4) (4)
 E (5) (5)
 S (6) (6)
 (7) (7)
 (8) (8)
 (9) (9)

(0) (0)
 (1) (1)
 H (2) (2)
 O (3) (3)
 R (4) (4)
 A (5) (5)
 S (6) (6)
 (7) (7)
 (8) (8)
 (9) (9)

(0) (0)
 (1) (1)
 D (2) (2)
 O (3) (3)
 S (4) (4)
 E (5) (5)
 S (6) (6)
 (7) (7)
 (8) (8)
 (9) (9)

13. Nas últimas duas semanas, quantas vezes você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- () Nunca tomei bebida alcoólica () 2 vezes () 5 vezes () 8 vezes
 () Nenhuma vez () 3 vezes () 6 vezes () 9 vezes
 () 1 vez () 4 vezes () 7 vezes () 10 ou mais vezes

14. Nos últimos 30 dias, você:
 (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim		Não	
	Não consumi bebida alcoólica nos últimos 30 dias		Não dirigi nos últimos 30 dias	
Dirigiu veículo motorizado após consumir alguma dose de bebida alcoólica				
Dirigiu veículo motorizado após consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica				

15. Nos últimos 12 meses, quando foi a festas ou confraternizou com os amigos, com que frequência você:

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Raramente			Algumas Vezes		
	Nunca			Maioria das vezes		
	Não consumi bebida alcoólica nos últimos 12 meses			Sempre		
Consumiu bebida alcoólica juntamente com bebida não-alcoólica						
Evitou participar de jogos de “ <i>quem bebe mais</i> ”						
Optou por não consumir bebida alcoólica						
Programou antecipadamente não exceder determinada quantidade doses de bebida alcoólica						
Se alimentou antes e/ou quando estava consumindo bebida alcoólica						
Estava na companhia de amigos que alertaram quando Você já havia bebido demais						
Contou quantas doses de bebida alcoólica Você estava tomando						
Bebeu a um ritmo de ≤ 1 dose de bebida alcoólica por hora						
Permaneceu com o mesmo grupo de amigos o tempo todo que estava consumindo bebida alcoólica						
Consumiu um único tipo de bebida alcoólica						
Recorreu a um motorista (profissional ou amigo) para dirigir o carro após ter consumido bebida alcoólica						

16. Nos últimos 12 meses, você vivenciou alguma das seguintes situações em consequência por ter consumido bebida alcoólica?

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim		
	Não		
	Não consumi bebida alcoólica nos últimos 12 meses		
Algo que mais tarde se arrependeu			
Esqueceu onde estava ou o que fez			
Teve problemas com a polícia			
Fez sexo com alguém sem dar o seu consentimento			
Fez sexo com alguém sem ter o seu consentimento			
Teve relação sexual sem proteção			
Feriu fisicamente a si próprio			
Feriu fisicamente outra pessoa			
Pensou seriamente em cometer suicídio			

17. Nos últimos 30 dias, que percentual de estudantes de sua universidade/faculdade você acredita que tenha consumido: (Estabeleça sua melhor estimativa. Se menor que 10, assinale 00, 01, 02, etc.)

Cigarros % Uso		Bebida Alcoólica % Uso		Maconha % Uso	
(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
(7)	(7)	(7)	(7)	(7)	(7)
(8)	(8)	(8)	(8)	(8)	(8)
(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)

18. Nos últimos 12 meses, você usou qualquer um dos seguintes medicamentos sem prescrição médica? (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Antidepressivos (p.ex.: celexa, lexapro, prozac, welbutrin, zoloft)		
Disfunção erétil (p.ex.: viagra, cialis, levitra)		
Analgésicos (p.ex.: oxyContin Vicodin Codeine)		
Sedativos (p.ex.: xanax, valium)		
Estimulantes (p.ex.: ritalin, adderall)		

COMPORTAMENTO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO

19. Nos últimos 12 meses, com quantos parceiros/parceiras você teve relação sexual oral, penetração vaginal ou penetração anal? (Se você não teve relação sexual nos últimos 12 meses, assinale 00. Se teve menos de 10 relações sexuais, assinale 01, 02, 03, etc.)

P	0	0
A	1	1
R	2	2
C	3	3
E	4	4
I	5	5
R	6	6
O	7	7
S	8	8
	9	9

20. Nos últimos 12 meses, quando você teve relações sexuais, seus parceiros foram:
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Mulheres		
Homens		
Transexuais		

21. Nos últimos 30 dias, você teve: (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	
	Eu já tive este tipo de relação sexual, mas não nos últimos 30 dias	Não, eu nunca tive este tipo de relação sexual
Relação sexual oral?		
Relação sexual com penetração vaginal?		
Relação sexual com penetração anal?		

22. Nos últimos 30 dias, com que frequência você ou seu(s) parceiro(s)/parceira(s) usou/usaram preservativos ou outro método de proteção (p.ex.: camisinha) quando tiveram: (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Raramente		Algumas vezes	
	Nenhuma vez	Já tive este tipo de relação sexual, mas não nos últimos 30 dias	Na maioria das vezes	Todas as vezes
	Nunca tive este tipo de relação sexual			
Relação sexual oral?				
Relação sexual com penetração vaginal?				
Relação sexual com penetração anal?				

23A. Na última vez que teve relação sexual com penetração vaginal, você ou seu parceiro/parceira usou algum método para prevenir gravidez?

- () Sim (continue no item 23B)
 () Não, nunca tive relação sexual com penetração vaginal (avançar para o item 24)
 () Não, não queria prevenir gravidez (avançar para o item 24)
 () Não, nenhum método foi usado para prevenir gravidez (avançar para o item 24)
 () Não sei (avançar para o item 24)

23B. Indique se você ou seu parceiro/parceira usou os métodos abaixo para prevenir gravidez na última vez que teve relação sexual com penetração vaginal.

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Não	Sim		Não	Sim
Pílula anticoncepcional			Diafragma ou capuz cervical		
Anticoncepcional injetável			Esponja contraceptiva		
Implante anticoncepcional			Espermicida (gel vaginal)		
Adesivo anticoncepcional			Controle de data de fertilidade		
Anel vaginal			Coito interrompido		
Dispositivo intra-uterino (DIU)			Esterilização (p.ex.: vasectomia, histerectomia)		
Preservativo masculino			Outro método		
Preservativo feminino					

24. Nos últimos 12 meses, você ou sua/s parceir/usou contracepção de emergência (“pílula do dia seguinte”)?

- () Não tive relação sexual com penetração vaginal nos últimos 12 meses
 () Não
 () Sim
 () Não sei

25. Nos últimos 12 meses, você ou sua/s parceira/ ficou grávida?

- () Não tive relação sexual com penetração vaginal nos últimos 12 meses
 () Não
 () Sim, porém não intencionalmente
 () Sim, intencionalmente
 () Não sei

PESO CORPORAL, NUTRIÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO

26. Como você descreve seu peso corporal?

- Muito abaixo do que espero
 Ligeiramente abaixo do que espero
 No peso ideal
 Ligeiramente acima do que espero
 Muito acima do que espero

27. Você já tomou alguma iniciativa para modificar o seu peso corporal?

- Nunca tomei qualquer iniciativa para modificar o meu peso corporal
 Sim; para manter o mesmo peso corporal
 Sim; para diminuir o meu peso corporal
 Sim; para aumentar o meu peso corporal

28. Quantas porções de frutas e/ou vegetais você usualmente come por dia?

(1 porção = 1 fruta média; ½ copo de frutas/vegetais picados, cozidos ou em conserva; ¾ copo de suco de frutas/vegetais, 1 copo de salada verde; ou ½ copo de frutas secas).

- Nenhuma porção/dia 1-2 porções/dia 3-4 porções/dia 5 ou mais porções/dia

29. Nos últimos 7 dias, com que frequência você praticou:

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	3 dias			4 dias			
	2 dias		5 dias				
	1 dia			6 dias			7 dias
	Nenhum dia						
Exercício aeróbio/cardiorrespiratório de intensidade moderada (causando razoável aumento da frequência cardíaca, como um caminhada rápida) por pelo menos 30 minutos?							
Exercício aeróbio/cardiorrespiratório de intensidade vigorosa (causar grande aumento da frequência cardíaca e respiratória, como um corrida) por pelos menos 20 minutos?							
Exercício de fortalecimento muscular (musculação) por 8-12 repetições cada							

SAÚDE MENTAL

30. Alguma vez você já:

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim, nos últimos 12 meses			
	Sim, nos últimos 30 dias			
	Sim, nas últimas 2 semanas			
	Não, nos últimos 12 meses			
	Não, nunca na minha vida			
Alcançou alguma meta/objetivo que achava ser impossível de alcançar				
Sentiu sobrecarregado com tudo aquilo que tinha que fazer				
Sentiu exausto(a) (não pela prática de atividade física)				
Sentiu muito solitário(a)				
Sentiu muito triste				
Sentiu tão deprimido(a) que tinha dificuldade de viver				
Sentiu uma forte ansiedade				
Sentiu muita raiva				
Se machucou; se feriu; se cortou ou se queimou intencionalmente				
Pensou seriamente em se suicidar				
Tentou suicídio				

31. Nos últimos 12 meses, você foi diagnosticado(a) ou tratado(a) por um profissional quanto: (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim, tratado(a) com medicação e psicoterapia			
	Sim, tratado(a) com psicoterapia			
	Sim, tratado(a) com medicação			
	Sim, diagnosticado(a) mas não tratado(a)			
	Não			
Anorexia				
Ansiedade				
Déficit de atenção e/ou distúrbio de hiperatividade				
Distúrbio bipolar				
Bulimia				
Depressão				
Insônia				
Outro distúrbio do sono				
Distúrbio compulsivo obsessivo				
Distúrbio do pânico				
Fobia				
Esquizofrenia				
Uso abusivo de substância (bebida alcoólica ou outras drogas)				
Outros comportamentos compulsivos (p.ex.: internet, sexo, jogo)				
Outra condição de saúde mental				

32. Você já foi diagnóstico com depressão? () Não () Sim

33. Nos últimos 12 meses, você vivenciou algum desses traumas em que teve dificuldade para lidar com a situação: (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Problemas de ordem acadêmica (estudo)		
Problemas relacionados à carreira profissional		
Morte de membro da família ou amigo		
Problemas familiares		
Relacionamento amoroso (namoro; noivado; casamento)		
Outro relacionamento social		
Problemas financeiros		
Problemas de saúde de membro da família ou parceiro		
Problemas com a aparência pessoal		
Problemas com a saúde pessoal		
Dificuldades de sono		
Outros		

34. Você já necessitou de atendimento psicológico ou serviço de saúde mental de alguns desses profissionais? (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Terapeuta/Psicólogo		
Psiquiatra		
Outro profissional da área de saúde		
Sacerdote; pastor; rabino ou outro religioso		

35. Você já utilizou os serviços de atendimento psicológico e de saúde mental de sua universidade/faculdade?

Não Sim

36. Se no futuro tiver um problema pessoal que realmente te incomoda; você vai procurar ajuda de um profissional de saúde mental?

Não Sim

37. Nos últimos 12 meses, como você classifica o nível de estresse geral que vem experimentando?

- Nenhum estresse
- Menos do que um estresse médio
- Estresse médio
- Mais do que um estresse médio
- Estresse bastante elevado

SAÚDE FÍSICA

38. Nos últimos 30 dias, você tentou alguma das seguintes iniciativas para perder/manter o peso corporal:

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não
Praticar exercício físico		
Fazer dieta		
Provocar vômito ou tomar laxantes		
Usar pílula dietética		

39. Nos últimos 12 meses você:

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não	Não sei
Realizou exames odontológicos e procedimentos de limpeza dos dentes			
(Homens) Realizou auto-exame de testículos			
(Mulheres) Realizou auto-exame de mamas			
(Mulheres) Realizou exames ginecológicos de rotina			
Usou protetor solar regularmente quando exposto/a ao sol			
Realizou teste para presença do vírus da imunodeficiência humana (HIV)			

40. Você já recebeu as seguintes vacinas:

(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Sim	Não	Não sei
Hepatite B			
HPV (câncer de colo do útero)			
Gripe influenza A H1N1 (gripe suína) nos últimos 12 meses			
Sarampo/caxumba/rubéola			
Doenças meningocócicas (p.ex. meningite)			
Varicela			

41. Nos últimos 12 meses, você foi diagnosticado ou tratado por profissional da saúde em algumas dessas doenças?
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Não	Sim
Alergia		
Asma		
Dor lombar		
Fratura óssea/entorse		
Bronquite		
Clamídia		
Diabetes		
Infecção de ouvido		
Endometriose		
Herpes genital		
Verruga genital/vírus do papiloma		
Gonorréia		
Hepatite B ou C		

	Não	Sim
Pressão arterial elevada		
Colesterol elevado		
Infecção por HIV		
Síndrome do intestino irritável		
Enxaqueca		
Mononucleose (doença do beijo)		
Doença inflamatória da pelve		
Lesão por esforços repetitivos		
Sinusite		
Infecção de Garganta		
Tuberculose		
Infecção urinaria		

42. Nos últimos 7 dias, em quantos dias você dormiu o suficiente sentindo-se adequadamente descansado ao acordar pela manhã.

() Nenhum dia () 1 dia () 2 dias () 3 dias () 4 dias () 5 dias () 6 dias () 7 dias

43. Por vezes, algumas pessoas se sentem sonolentas durante o dia. Nos últimos 7 dias, sensação de sonolência ou a dificuldade em manter acordado causou algum tipo de problema para você realizar as atividades diurnas?

() Nenhum problema
 () Pequenos problemas
 () Mais que pequenos problemas
 () Grandes problemas
 () Problemas bastante grandes

44. Nos últimos 7 dias, com que frequência você:
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	3 dias			4 dias			
	2 dias		5 dias		6 dias		7 dias
	1 dia	Nenhum					
Acordou muito cedo pela manhã e não conseguiu voltar a dormir							
Sentiu-se cansado, esgotado ou sonolento durante o dia							
Foi para cama por sentir-se que não poderia ficar mais acordado							
Depois que foi para cama demorou muito tempo para dormir							

DIFICULDADES PARA O DESEMPENHO ACADÊMICO

45. Nos últimos 12 meses, algumas dessas situações prejudicaram seu rendimento acadêmico?
(Marque a coluna apropriada para cada item)

	Tive dificuldade na elaboração de trabalhos acadêmicos e na realização de estágios				
	Reprovei em disciplinas ou em todo o curso				
	Tirei conceito (nota) baixo que prejudicou o histórico escolar				
	Tirei conceito (nota) baixo em provas ou trabalhos importantes				
	Vivenciei a situação, mas não afetou meu rendimento acadêmico				
	N/A, não vivenciei a situação				
Uso de bebida alcoólica					
Alergia					
Ansiedade					
Agressão física					
Atentado sexual					
Déficit de atenção e/ou hiperatividade					
Resfriado/gripe/inflamação da garganta					
Preocupação com algum amigo ou membro da família					
Problema crônico de saúde ou doença grave (p.ex. diabetes, asma)					
Dores crônicas					
Morte de algum amigo ou membro da família					
Depressão					
Discriminação (p.ex., homofobia, racismo, sexismo)					
Uso de drogas					
Distúrbios/Problemas alimentares					
Dificuldade financeira					
Envolvimento em jogos de azar					
Nostalgia					
Lesões (fraturas, entorses, contusões, cortes)					
Uso de internet/jogos eletrônicos					
Dificuldade de aprendizagem					
Participação em atividades extracurricular (p.ex. competições esportivas, centro acadêmico, movimentos políticos)					
Gravidez (sua ou de sua parceira)					
Dificuldade em relacionamentos inter-pessoal					
Dificuldade em relacionamento conjugal					
Doenças/infecções sexualmente transmitida					
Sinusite/bronquite/infecção de ouvido					
Dificuldade para dormir/insônia					
Estresse					
Trabalho (não-estudo)					
Outros(Especifique: _____)					

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

46. Qual sua idade?

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

47. Qual seu gênero?

- Mulher
 Homem

49. Qual sua altura (cm)?

48. Qual sua orientação sexual?

- Heterossexual
 Gay/lésbica
 Bissexual
 Indeciso

50. Qual seu peso corporal (kg)?

51. Em que ano você estuda?

- 1º ano de graduação
 2º ano de graduação
 3º ano de graduação
 4º ano de graduação
 5º ano de graduação
 6º ano de graduação
 Estágio profissionalizante
 Outro

52. Em que turno você estuda?

- Diurno Noturno Integral

53. Nos últimos 12 meses, você transferiu para universidade/faculdade?

- Não Sim

54. Como você descreve sua etnia?

- Branca
 Negra
 Nipônica
 Indígena
 Outra (Especifique _____)

55. Você é estrangeiro?

- Não Sim

56. Qual é sua condição de namoro?

- No momento não estou namorando
 Estou namorando, mas não vivemos juntos
 Estou namorando e vivemos juntos

60. Quantas horas/semana você realiza trabalho voluntário?

- Não realizo trabalho remunerado
 1-9 horas 30-39 horas
 10-19 horas 40 horas
 20-29 horas Mais de 40 horas

61. Qual é o seu principal plano de saúde?

- Plano de saúde disponibilizado pela universidade/faculdade a seus alunos
 Plano de saúde privado dos meus pais/parentes
 Eu tenho plano de saúde privado próprio
 Não tenho plano de saúde
 Não tenho certeza se tenho plano de saúde

62. Qual é o seu rendimento acadêmico médio (conceitos/notas)?

- Muito bom
 Bom
 Médio
 Fraco
 Muito Fraco

63. Nos últimos 12 meses, você participou de competições esportivas organizadas nos seguintes níveis? (Marque a coluna apropriada para cada item)

	Não	Sim
Colegial (ensino médio)		
Universitário (inter-cursos/ano)		
Extra campus/faculdade		

<p>57. Qual é sua situação conjugal?</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Casado(a)/vivendo em concubina</p> <p><input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo(a)</p>	<p>64. Você apresenta algumas dessas condições especiais? (Marque a coluna apropriada para cada item)</p>																														
<p>58. Com quem você reside a maior parte do tempo?</p> <p><input type="checkbox"/> Residencial no campus universitário</p> <p><input type="checkbox"/> Com amigos em república estudantil</p> <p><input type="checkbox"/> Em casa com membros de minha família</p> <p><input type="checkbox"/> Em casa de família com pessoas não-parentes</p> <p><input type="checkbox"/> Sozinho</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Não</th> <th>Sim</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Déficit de atenção ou hiperatividade</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Doenças crônicas (p.ex. diabetes, hipertensão)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deficiência auditiva/surdo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distúrbio de aprendizagem</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dificuldade para se locomover</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deficiência visual/cego</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Condição psiquiátrica</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distúrbio de fala ou linguagem</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros distúrbios</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Não	Sim	Déficit de atenção ou hiperatividade			Doenças crônicas (p.ex. diabetes, hipertensão)			Deficiência auditiva/surdo			Distúrbio de aprendizagem			Dificuldade para se locomover			Deficiência visual/cego			Condição psiquiátrica			Distúrbio de fala ou linguagem			Outros distúrbios		
	Não	Sim																													
Déficit de atenção ou hiperatividade																															
Doenças crônicas (p.ex. diabetes, hipertensão)																															
Deficiência auditiva/surdo																															
Distúrbio de aprendizagem																															
Dificuldade para se locomover																															
Deficiência visual/cego																															
Condição psiquiátrica																															
Distúrbio de fala ou linguagem																															
Outros distúrbios																															
<p>59. Quantas horas/semana você trabalha recebendo remuneração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizo trabalho remunerado</p> <p><input type="checkbox"/> 1-9 horas <input type="checkbox"/> 30-39 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 10-19 horas <input type="checkbox"/> 40 horas</p> <p><input type="checkbox"/> 20-29 horas <input type="checkbox"/> Mais de 40 horas</p>																															

**ESTE É O FIM DO INQUÉRITO
MUITO OBRIGADO PELA SUA AJUDA**